

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ADMINISTRAÇÃO  
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

IMPLICAÇÕES ESTRUTURAIS E COMPORTAMENTAIS NA  
IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DA EBSEH EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

RICARDO NOVAES MARINHO

VITÓRIA, ES  
2016

RICARDO NOVAES MARINHO

IMPLICAÇÕES ESTRUTURAIS E COMPORTAMENTAIS NA  
IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DA EBSEH EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Administração, Curso de Mestrado em  
Administração, Programa de Pós-Graduação em  
Administração da Universidade Federal do Espírito  
Santo.

Orientador: Profª Drª Lucilaine Maria Pascuci

VITÓRIA

2016

## RESUMO

Os hospitais universitários federais são componentes estratégicos do sistema de saúde e como tal, vêm enfrentando desafios constantes para manter a oferta de serviços de saúde de qualidade aos pacientes e ensino de excelência aos alunos. Todavia, a preocupação com a sustentabilidade social e, principalmente, a financeira dos hospitais públicos tem levado algum deles a adotarem mecanismos voltados à profissionalização, cuja implementação é um desafio aos seus gestores. Nesse contexto, esse estudo se concentra no exame da nova política de gestão do Ministério da Educação (MEC), a partir da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública responsável em viabilizar a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino. A pesquisa tem por objetivo identificar os fatores facilitadores e limitadores da implementação do modelo de gestão da EBSERH no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), considerando a influência das dimensões estrutural e comportamental. Este estudo apoiou-se nos preceitos da Nova Gestão Pública (NGP) e nos conceitos de mudança estratégica, estrutura organizacional, comportamento organizacional e complexidade das organizações hospitalares. A pesquisa se caracteriza como um estudo de caso único, com enfoque qualitativo, no qual foram utilizados, como instrumentos de coleta de dados, a análise documental e entrevistas semi-estruturadas. A análise dos dados embasou-se na técnica de análise de conteúdo. Os resultados revelaram que, na implementação do modelo de gestão da EBSERH, a recomposição da força de trabalho, a profissionalização da gestão, a reestruturação administrativa na dimensão estrutural; e a capacitação e qualificação dos gestores, a ruptura do *status quo*, a redefinição dos papéis das chefias, na dimensão comportamental; foram fatores facilitadores, que contribuíram para a melhoria da eficiência operacional do HUCAM. Por outro lado, o duplo regime trabalhista estabelecido pela recomposição da força de trabalho (RJU e CLT) e as deficiências da infraestrutura antiga, na dimensão estrutural, aliado ao corporativismo dos servidores, as coalizões organizacionais, à autonomia profissional e ao sistema de comunicação incipiente, na dimensão comportamental, apresentaram-se como fatores limitadores na implementação do novo modelo, na medida em que as resistências às mudanças tornam esse processo mais lento e conturbado.

Palavras-chave: Nova Gestão Pública. Hospitais Universitários. Estrutura Organizacional. Comportamento Organizacional. Mudança Estratégica

## ABSTRACT

Federal university hospitals are strategic components of the health system and as such, they are facing constant challenges in maintaining the provision of quality health services to patients and teaching excellence to students. However, concern about the social and financial sustainability of public hospitals has led some of them to adopt mechanisms aimed at In this context, this study focuses on examining the new management policy of the Ministry of Education (MEC), based on the creation of the Brazilian Company for Hospital Services (EBSERH), a public company responsible for restructuring the hospitals linked to federal institutions. teaching.professionalization, the implementation of which is a challenge to their managers. The aim of this research is to identify the facilitating and limiting factors of the implementation of the EBSERH management model at the University Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), considering the influence of structural and behavioral dimensions. This study was based on the precepts of the New Public Management (NGP) and on the concepts of strategic change, organizational structure, organizational behavior and complexity of hospital organizations. The research is characterized as a unique case study, with a qualitative approach, in which the documentary analysis and semi-structured interviews were used as instruments of data collection. The analysis of the data was based on the technique of content analysis. The results revealed that, in the implementation of the EBSERH management model, workforce recomposition, professional management, administrative restructuring in the structural dimension; And the training and qualification of managers, the rupture of the status quo, the redefinition of managerial roles in the behavioral dimension; Were facilitating factors that contributed to the improvement of HUCAM's operational efficiency. On the other hand, the double labor regime established by the recomposition of the work force (RJU and CLT) and the deficiencies of the old infrastructure, in the structural dimension, allied to the corporatism of the servants, the professional autonomy and the incipient communication system, in the behavioral dimension , presented as limiting factors in the implementation of the new model, as resistance to changes makes this process slower and more troubled.

Keywords: New Public Management. University Hospitals. Organizational structure. Organizational behavior. Strategic Change

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Políticas Públicas de Saúde de Reestruturação dos Hospitais Universitários.....	31
Quadro 2 - Modelos Estruturais de Mintzberg. ....	37
Quadro 3 - Síntese da Categoria Analítica Estrutural.....	57
Quadro 4 - Síntese da Categoria Analítica Comportamental. ....	58
Quadro 5 - Características estruturais do HUCAM versus objetivos e desafios ao processo de mudança.....	64
Quadro 6 - Síntese das ações e resultados do HUCAM/ EBSEH.....	78
Quadro 7 - Características comportamentais do HUCAM versus objetivos e desafios ao processo de mudança.....	80
Quadro 8 - Síntese das ações e resultados do HUCAM/ EBSEH.....	85

## ABREVIATURAS

Sigla	Significado
<b>CAP</b>	<b>CAIXA DE APOSENTADORIA E PENSÃO</b>
<b>DNERU</b>	<b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENDEMIAS RURAIS</b>
<b>EBSERH</b>	<b>EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES</b>
<b>FUNASA</b>	<b>FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE</b>
<b>HUCAM</b>	<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES</b>
<b>HU</b>	<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>
<b>IAP</b>	<b>INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÃO</b>
<b>INAMPS</b>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA SOCIAL</b>
<b>INPS</b>	<b>INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL</b>
<b>MEC</b>	<b>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA</b>
<b>MESP</b>	<b>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA</b>
<b>MPAS</b>	<b>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>
<b>MS</b>	<b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>
<b>NGP</b>	<b>NOVA GESTÃO PÚBLICA</b>
<b>NOB</b>	<b>NORMAS OPERACIONAIS</b>
<b>SESP</b>	<b>SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA</b>
<b>SUS</b>	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>
<b>UFES</b>	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA .....	13
1.2	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	14
1.2.1	Objetivo geral .....	14
1.2.2	Objetivos específicos .....	14
1.3	JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA .....	14
<b>2</b>	<b>QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....</b>	<b>17</b>
2.1	A NOVA GESTÃO PÚBLICA E SUAS IMPLICAÇÕES.....	18
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO .....	20
2.2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO .....	24
2.2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS: O DESAFIO DE IMPLEMENTAR MUDANÇAS.....	32
2.3	MUDANÇA ESTRATÉGICA: CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS.....	43
2.4	MUDANÇA VERSUS COMPLEXIDADE DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES.....	49
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>56</b>
3.1	ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	56
3.1.1	Perguntas de Pesquisa .....	56
3.1.2	Definição das Categorias Analíticas.....	57
3.2	DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA.....	59
3.2.1	Delineamento e Etapas da Pesquisa .....	59
3.2.2	Procedimentos de Coleta de Dados.....	60
3.2.3	Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados .....	62
3.2.4	Organização estudada .....	62
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>64</b>
4.1	MUDANÇA IMPLEMENTADA SOB O PONTO DE VISTA ESTRUTURAL .....	64
4.2	MUDANÇA IMPLEMENTADA SOB O PONTO DE VISTA COMPORTAMENTAL .....	79
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>86</b>
5.1	RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA .....	86
5.2	SUGESTÃO DE NOVOS ESTUDOS .....	89
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>102</b>

<b>APENDICE B.....</b>	<b>103</b>
------------------------	------------



## 1 INTRODUÇÃO

A premência de profissionalização por parte dos hospitais públicos e os mecanismos adotados neste intuito têm desafiado desenvolvedores de políticas públicas e, principalmente, gestores públicos nas diferentes instâncias organizacionais (PORTER e TEINSBERG, 2007; MINTZBERG, 2012). Além das dificuldades relacionadas à escassez de recursos, cobranças por parte do Estado e da sociedade por maior eficiência e qualidade (PASCUCI e MEYER, 2013), entre outros desafios sofridos por organizações hospitalares, as mudanças pelas quais estão passando estas organizações – em especial, as públicas – também resultam de um movimento denominado de Nova Gestão Pública (NGP). A NGP tem como uma de suas principais premissas a busca por eficiência por parte das organizações públicas, por orientar a adoção de práticas gerenciais oriundas do setor privado.

A NGP reflete uma clara intenção de mudança na forma de atuação das organizações públicas. Dentre as práticas e resultados esperados a partir da adoção de preceitos da NGP por organizações públicas destaca-se: a avaliação de desempenho, a ênfase em resultados, a redução da burocracia, o foco na eficiência e a busca de mecanismos regulatórios (DE PAULA, 2008; ARAUJO, 2010). A introdução sistemática de conceitos de produtividade, a flexibilidade e a competitividade administrada também são características que compõem a proposta da NGP. Destaca-se, ainda, a descentralização, o fortalecimento e maior autonomia às unidades executoras, ou seja, trata-se de elementos que refletem a lógica empresarial no setor público (DE PAULA, 2008; ARAUJO, 2010).

Todavia, a implementação de mudanças advindas da NGP exige mudanças significativas na gestão das organizações públicas. Dentre elas, pode-se destacar a execução de ações específicas voltadas a melhoria do desempenho público em áreas, notoriamente, reconhecidas pela sua ineficiência e pouca qualidade nos serviços prestados, como é o caso da área social e saúde pública, por exemplo, (CECILIO, 1997). Se por um lado, esta nova perspectiva se apresenta como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde, por outro lado traz consigo os desafios da superação de um *status quo* público caracterizado pela complexidade, burocracia e

morosidade (ETZIONI, 1984; MINTZBERG, 2006; EISENHARDT E PIEMZUKA, 2011; MCDANIEL JR, 2007; PASCUCI E MEYER, 2013). Portanto, verifica-se uma lacuna entre a realidade atual das organizações hospitalares públicas e o modelo de eficiência almejado, tanto no que se refere ao modelo de gestão na esfera pública brasileira, como também aos gestores hospitalares, considerando-se as implicações desta iniciativa em termos estruturais, organizacionais e também sociais.

Segundo a NGP, as políticas públicas têm sido fundamentais nesta busca por eficiência e eficácia ao proporem mecanismos voltados a melhoria da gestão nas organizações públicas (DENHARDT, 2012; FERLIE, ASHBURNER; FITZGERALD; PETTIGREW, 1999; OSBORNE; GAEBLER, 1994). Por sua natureza emergencial, algumas iniciativas voltadas a áreas críticas – como é o caso da social e da saúde pública, por exemplo – tem sua origem relacionada a políticas públicas. Tais políticas públicas tem estabelecido novas regras, novos focos de atuação ou ainda, novos modelos de gestão a serem adotadas por parte do Estado, como também das organizações à ele vinculadas.

A recente experiência brasileira se apresenta como um exemplo desta prática, em se tratando da saúde pública. Na perspectiva de aprimorar a gestão dos hospitais universitários brasileiros foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por iniciativa do Governo Federal. Trata-se de uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, cuja finalidade é gerenciar os hospitais universitários do País. As principais diretrizes desta iniciativa apontam para a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho, a reestruturação física e tecnológica e a qualificação da gestão orçamentária e financeira dos hospitais universitários federais. Todavia, considerando-se que o alcance dos objetivos que derivam dessas diretrizes está relacionado a um conjunto de ações pactuadas entre a organização gestora e hospitais universitários, ganha destaque a administração de diferenças, a conciliação de interesses (ETZIONI, 1984; BOLMAN E DEAL, 2003) e o desafio de implantar um novo modelo de gestão em substituição ao contexto anterior. Alguns dos desafios assumidos por parte dos gestores hospitalares incluem o reordenamento dos serviços assistenciais, a seleção e contratação de pessoal e a implantação de uma nova arquitetura organizacional, por exemplo (EBSERH, 2011).

Em se tratando do setor público, implementação significa uma transição desafiadora (LIMA e D'ASCENZI, 2013). Para implementar iniciativas decorrentes de uma política pública, as instituições ou agentes implementadores enfrentam dificuldades próprias da gestão pública brasileira. São várias as características que possuem algum tipo de implicação na implementação de ações e mudanças organizacionais (HREBINIAK, 2006). Dentre elas pode-se destacar, as formalidades e burocracias organizacionais, a imprevisibilidade do contexto público, os conflitos de interesses, a escassez de recursos, a morosidade da máquina pública, entre outras características de ordem estrutural, cultural e até comportamental (NAJAN, 1995).

A implementação de mudanças nas organizações hospitalares é desafiadora, ainda mais, pelas especificidades deste tipo de organização (ETZIONI, 1984; MINTZBERG, 2010; PASCUCI e MEYER, 2013). A literatura exalta as organizações hospitalares como sendo uma das mais complexas do mundo organizacional (ETZIONI, 1984; DUSSAULT, 1994, CECILIO, 1997; BITTAR, 1997). Alguns dos principais desafios da gestão destas organizações advêm das características de seus processos (MINTZBERG, 1995), da multiplicidade de interesses internos e externos que compartilham poder de decisão (ETZIONI, 1984), da autonomia de seus membros (MINTZBERG, 1985), entre outros fatores, que lhe conferem uma condição diferente e única se comparada a outros tipos de organização (BITTAR, 1997). Segundo Shortell e Kaluzny (2006) estas características também podem ser encontradas em outras organizações, mas, de forma muito isolada. Contudo, somente as organizações hospitalares as possuem todas ao mesmo tempo, o que lhes confere uma grande e particular complexidade.

Observa-se também com determinante desta complexidade o fato de as organizações hospitalares constituírem-se, predominantemente, em **organizações profissionais** (MINTZBERG, 1995). Isso ocorre devido a dependência que estas organizações têm de profissionais especialistas, os quais respondem pela produção dos serviços prestados. A necessidade de especialização da maioria dos profissionais que atuam em hospitais lhes garante representativa autonomia nas atividades que desenvolvem, com reflexos negativos na gestão administrativa destas organizações na medida em que são os únicos que possuem habilidades e

conhecimento necessários ao julgamento de seu próprio trabalho (MINTZBERG, 1995). Como resultado, tem-se um poder compartilhado entre gestores administrativos e profissionais especialistas (ETZIONI, 1984; MINTZBERG, 1995). Isto decorre da dificuldade de coordenação entre estrutura profissional (representada por um “poder profissional”) e a administrativa (representada por um “poder burocrático”). Ou seja, convive-se com uma estrutura mais autônoma e liberal voltada aos “profissionais” (pelo poder e importância que eles detêm no desenvolvimento de suas atividades profissionais) enquanto que os demais integrantes seguem a estrutura administrativa tradicional (MINTZBERG, 1995).

Além das características que se fazem presentes nas organizações hospitalares como um todo, há ainda as especificidades adicionais inerentes aos hospitais públicos devido sua maior dependência do ambiente sócio-político em que estão inseridas (DUSSAULT, 1992). Mesmo naquelas que possuem certa autonomia, existe sempre uma autoridade externa de algum nível de governo – federal, estadual ou municipal – da qual são dependentes ou vinculadas, inclusive e, principalmente, em relação ao seu financiamento. É o caso dos hospitais universitários públicos, por exemplo, os quais são vinculados às universidades federais, portanto, os objetivos dessas organizações são inicialmente fixados por uma autoridade externa (DUSSAULT, 1992), que possui reflexos significativos no modelo de gestão destas organizações.

No Brasil, os hospitais universitários federais têm por finalidade exercer o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio da assistência à saúde (SODRÉ; LITTIKE; DRAGO; PERIM, 2013). Eles também são responsáveis por grande parte das pesquisas clínicas e pela formação de profissionais na área da saúde em nível de graduação e pós-graduação (SODRÉ et al., 2013). A gestão destas instituições assume uma característica pluralista por subordinarem-se às universidades federais, ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) – por sua frente de ensino – e, ainda, ao Ministério da Saúde (MS) pela sua vinculação ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Enfim, estas e outras características da organização hospitalar, em especial, da pública universitária, tornam-se grandes limitadores na condução de suas atividades rotineiras e podem tornar-se grandes obstáculos quando da promoção de

mudanças organizacionais. Neste contexto, parece compreensível a proposta da NGP em apresentar mecanismos visando à eficiência de organizações públicas, como foi o caso da criação da EBSEH, no Brasil.

Este estudo lança foco exatamente no processo de implementação, por parte dos hospitais públicos universitários, de mudanças decorrentes do gerenciamento destas organizações por parte da EBSEH. O estudo concentra-se na realidade de um hospital universitário público que celebrou contrato com a EBSEH e que passa atualmente por um processo de transição em sua gestão e processo decisório. Trata-se do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), um dos maiores hospitais da rede pública de saúde do Espírito Santo, com um grande volume de atendimentos, sobretudo na alta complexidade, e tem como objetivo oferecer aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atenção diferenciada e com qualidade de forma humanizada, integrada ao ensino e à pesquisa na área de saúde. Destaca-se, também, o seu papel educativo e consultivo, fomentando a reflexão em torno da pesquisa científica informando e assessorando os pesquisadores e interessados sobre questões e procedimentos relativos à pesquisa científica.

Em termos teóricos, este estudo se fundamenta em conceitos de processo decisório, mudança organizacional, de políticas públicas e de gestão hospitalar, tendo como foco o processo de implementação de ações em organizações públicas, com base em premissas da Nova Gestão Pública.

## 1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A presente pesquisa pretende responder o seguinte problema: **Quais os fatores facilitadores e limitadores da implementação do modelo de gestão da EBSEH no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)?**

Nesta pesquisa se considera como fatores facilitadores e limitadores aqueles de natureza estrutural e comportamental.

## 1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

### 1.2.1 Objetivo geral

Pretende-se como objetivo geral, identificar **os fatores facilitadores e limitadores da implementação do modelo de gestão da EBSEH no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)**

### 1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são os seguintes:

(a) identificar as características do processo de implementação do novo modelo de gestão no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) no período de 2013 até 2016;

(b) identificar os fatores facilitadores do processo de implementação do modelo de gestão da EBSEH no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no período estudado;

(c) identificar os fatores limitadores do processo de implementação do modelo de gestão da EBSEH no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no período estudado.

## 1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA

Debates a cerca de políticas públicas no país são recorrentes (SOUZA, 2006, TEIXEIRA, 2004). A sociedade postula cada vez mais pela prestação de serviços públicos de qualidade, sendo a saúde um dos mais requisitados e questionados quanto à qualidade e eficiência (DUSSAULT, 1992).

A crise que se faz sentir no sistema de saúde vem motivar um olhar mais atento sobre a sua eficácia e eficiência. Os principais fatores ocasionadores dessa crise nacional apontados pelos estudiosos como Cecilio (1994), Ibañez et al (2001), Ibañez, Neto (2007) Roncalli (2003), Paim (2009) estão relacionados: a

administração pública de baixa capacidade operacional, o fraco poder decisório, os controles essencialmente formais e sem qualidade, e as influências políticas externas. Esses fatores resultam em gestões deficientes, de alto custo e baixo resultado, em um cenário de recursos escassos e necessidades ilimitadas, significando prejuízo à gestão hospitalar pública (Cecilio, 1994)

Desse modo, órgãos governamentais, como Governos Federal, Estadual e Municipal, Ministérios da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS) dentre outros, discutem frequentemente sobre sistemas de gestão mais apropriados à realidade das instituições hospitalares públicas, os quais possam garantir resultados melhores (II Ciclo de Debates Direito e Gestão Pública, 2011).

Os hospitais universitários federais vêm passando por profundas e aceleradas transformações, decorrentes, sobretudo, da implementação de políticas de saúde – como é o caso Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBESRH) - como forma de profissionalização de sua gestão, atrelando-os ao cumprimento das metas de desempenho definidas pelo Ministério da Saúde. Diante desse cenário, os Hospitais Universitários (HU) passam por momentos de grandes turbulências, e nessa condição, configuraram-se como um importante espaço de pesquisa.

Isto posto, a justificativa prática para esta pesquisa está relacionada à efetividade da implementação de políticas públicas de saúde em organizações hospitalares universitárias. Considera-se, ainda, que o melhor entendimento a respeito da dinâmica e implicações de mudanças organizacionais pode contribuir no processo de implementação de políticas públicas nestas organizações, proporcionando melhores resultados para os gestores organizacionais. A consideração das características complexas da organização hospitalar, por sua vez, apresenta uma ótica de análise diferenciada daquela comumente adotada nos estudos sobre gestão das organizações. Estudos tem demonstrado que organizações hospitalares possuem especificidades que influenciam na forma como as decisões são tomadas e as ações não implementadas. Dentre eles pode-se mencionar os estudo de formulação de estratégias em organizações complexas (PASCUEC; MEYER, 2011, 2013; McDANIEL, 2007, BEGUN; ZIMMERMAM; DOOLEY, 2003; MINOTTO, 2002), implementação de estratégias (HREBINIAK,

2006; MINTZBERG, 1995, 2006), Nova Gestão Pública (FERLIE et al, 1999; CHERCHIA; DALLARI, 1999; OSBORNE E GAEBLER, 1994; MADUREIRA; RODRIGUES, 2006; DE PAULA, 2008), organizações hospitalares (MEDICI, 2001; MERHY; CECILIO, 2002; SODRÉ, LITTIKE, DRAGO e PERIM, 2013)

Portanto, como contribuição teórica estima-se entender a dinâmica de implementação de uma política pública, que busca modificar o *modus operandi* de uma organização hospitalar universitária, com a possibilidade da transposição deste entendimento para os demais hospitais, apenas como uma direção para os gestores e não como uma definição objetiva de caminhos.



## **2 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA**

Este capítulo tem por escopo explorar a literatura, com o intuito de propiciar sustentação teórica para a realização desta pesquisa. Primeiramente são apresentados conceitos relacionados Nova Gestão Pública e implicações desta abordagem na gestão das organizações. Na sequência, explora-se o conceito de políticas públicas e as políticas públicas de saúde pública no Brasil e os principais fatores que desafiam a sua implementação. Por fim, aborda-se a mudança estratégica e a gestão da organização hospitalar com destaque para suas características e especificidades e, mais especificamente, dos hospitais públicos e, dentre estes, os hospitais públicos universitários no que se referem aos desafios da implementação de políticas públicas de saúde.

## 2.1 A NOVA GESTÃO PÚBLICA E SUAS IMPLICAÇÕES

A partir do começo do século XX, com a ampliação da esfera de atuação do Estado, tem-se desenvolvido diferentes teorias para estimular a eficiência do aparelho público (DENHARDT, 2012). Entre elas destaca-se o modelo burocrático do sociólogo alemão Max Weber, que enfatizava a necessidade de racionalidade, de eficiência, de divisão especializada de tarefas, de existência de regras impessoais de conduta e a total separação da pessoa e do cargo por ela ocupado (DENHARDT, 2012). Esse modelo ficou conhecido como *modelo racional de administração*, e alcançou destaque na literatura sobre organizações públicas (DENHARDT, 2012).

Contudo, na década de 1970, nos principais países desenvolvidos, especialmente europeus, manifesta-se uma crise econômica expressa por baixos índices de crescimento, conjugada com pressões inflacionárias (DENHARDT, 2012; ARAUJO, 2010). Terminava um período de três décadas, iniciado após a Segunda Guerra Mundial caracterizado pelo estabelecimento do chamado Estado de Bem-Estar - sistema de proteção social construído nas últimas décadas do século XIX e início do século XX e que atribuiu, paulatinamente, ao Estado uma função interventiva e regulatória na área do Bem-estar Social (ARAUJO, 2010). Com a crise econômica mundial, observou-se que apesar de privilegiar a eficiência, o modelo burocrático produzia muitas distorções e se tornara ineficiente para lidar com as mudanças em curso - mudanças sociais, econômicas, tecnológicas, políticas, culturais e religiosas, colocando a reestruturação do Estado e de sua administração no centro da agenda política (ARAUJO, 2010; DE PAULA, 2008).

Uma reestruturação deste modelo tem início na década de 1980 a partir de reformas iniciadas no Reino Unido e nos Estados Unidos (FERLIE ET AL, 1999; OSBORNE; GAEBLER, 1995). Tais reformas apresentavam mudanças nos modelos de gestão pública e que, passaram a ser adotadas em vários países do mundo inteiro, por repercutirem um conjunto de ideias e práticas administrativas consideradas inovadoras para a gestão governamental e melhor funcionamento da administração pública. Estas reformas buscavam maior flexibilidade para lidar com as novas demandas da sociedade e, para tanto, propunham instrumentos para favorecer um comportamento voltado à obtenção de resultados, transparência,

responsabilização e eficiência (ARAUJO, 2010; BRESSER-PEREIRA, 1996; DENHARDT, 2012; DE PAULA, 2008).

Em termos práticos, esta iniciativa refletiu a necessidade de se constituir uma administração pública cada vez mais capacitada em responder as demandas da sociedade e apta a enfrentar os novos desafios da sociedade pós-industrial (BRESSER-PEREIRA, 1996; OSBORNE; GAEBLER, 1995). Buscava-se um modelo de gestão pública que fornecesse maior qualidade e melhoraria do desempenho das instituições do Estado e organizações governamentais, tornando-as mais eficientes e eficazes (ARAUJO, 2010; DENHARDT, 2012; DE PAULA, 2008; FERLIE ET AL, 1999; OSBORNE; GAEBLER, 1995). Contudo, não se refere somente a melhorar a racionalidade instrumental do funcionamento das instituições públicas, mas uma mudança do seu papel, dos atores, de poder, de habilidades e competências (ARAUJO, 2010). Essa concepção ficou conhecida como *New Public Management* ou, em português, Nova Gestão Pública (NGP).

Esse pensamento segundo Araújo (2010) e De Paula (2008) caracterizou-se pela ideia de um Estado administrado ao estilo da iniciativa privada, por suas características voltadas a eficiência. Dentre estas características segundo os autores, pode-se mencionar a realização de contratos de gestão entre unidades, profissionalização da gestão, avaliação de desempenho, ênfase em resultados, redução do poder da burocracia, focalização na eficiência, busca de mecanismos regulatórios, introdução sistemática de conceitos de produtividade, flexibilidade, competitividade administrada, participação dos agentes sociais (ARAUJO, 2010; DE PAULA, 2008). Outras características contemplam o controle dos resultados, foco no cidadão, orçamento e avaliação por resultados e performance, fortalecimento e aumento da autonomia da burocracia, descentralização na formulação e execução de políticas e por fim maior autonomia às unidades executoras, ou seja toda a lógica empresarial inserida no setor público (ARAUJO, 2010; DE PAULA, 2008).

Nesse sentido, identifica-se uma intenção de mudança na forma de atuação de organizações públicas (ARAUJO, 2010). Tais mudanças contemplam, ainda, a orientação ao cidadão, no que diz respeito a melhor qualidade dos serviços prestados como, também, uma adequada prestação de contas ao seu mantenedor,

o Estado (FERLIE ET AL, 1999; OSBORNE; GAEBLER, 1995). Porém, o foco em eficiência apresenta-se muito mais desafiador para o Estado do que para as organizações de natureza privada (HEIDEMANN, 2009). Isto decorre da necessidade de superação de várias características inerentes ao histórico das organizações públicas, dentre elas, pode-se destacar os diferentes entendimentos sobre prioridades entre as diferentes áreas e os diversos níveis de governo (HEIDEMANN (2009), as restrições orçamentárias, a rigidez dos processos e a influência políticas internas e externas (GOMES; YASMIN; LISBOA, 2008), por exemplo. Soma-se a isso, a multiplicidade de agentes e interesses envolvidos (HEIDEMANN, 2009), os quais tornam essa tarefa desafiadora aos gestores públicos.

Com o advento da NGP, algumas mudanças são esperadas na gestão das organizações públicas (SANO; ABRUCIO, 2008). Segundo os autores, pode-se destacar a implementação de ações específicas voltadas à melhoria do desempenho público em áreas, notoriamente, reconhecidas pela sua ineficiência e pouca qualidade nos serviços prestados, como é o caso da área social e saúde pública, por exemplo. Em geral, por sua natureza emergencial, tais mudanças são originadas por meio de políticas públicas que estabelecem novas regras ou regulamentações, novos focos de atuação ou ainda, novos modelos de gestão a serem adotadas por parte do Estado, como das instituições a ele vinculadas (SANO; ABRUCIO, 2008). Todavia, as mudanças decorrentes das políticas públicas trazem consigo desafios relacionados à sua implementação nas instituições por elas afetadas.

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Com forte influência na vida das pessoas, as políticas públicas contribuem fortemente para o bem-estar das sociedades (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Devido à sua importância, o estudo do tema “políticas públicas” tem despertado amplo interesse por parte dos pesquisadores, alcançando cada vez mais espaço nos campos da Ciência Política e das Ciências Sociais aplicadas, como é o caso da Administração Pública (ARRETCHE, 2003; DENHARDT, 2012; SOUZA, 2006).

Tal interesse justifica-se pelas funções que o Estado desempenha na sociedade. Afinal, são os governos que dispõem dos recursos e têm a

responsabilidade de atender as necessidades da sociedade por meio da formulação eficaz de políticas públicas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Nesse sentido, nota-se que as transformações econômicas e sociais advindas da globalização e os desafios decorrentes de se estabelecer políticas públicas que promovam, simultaneamente, desenvolvimento econômico e social, fazem parte da agenda dos governos (DE PAULA, 2008; HEIDEMANN, 2009; SARAIVA, 2007; SECHI, 2012; SOUZA, 2006).

Surgindo como área de conhecimento e disciplina acadêmica nos Estados Unidos da América (EUA), “tinha como foco de análise os estudos sobre a ação dos governos, enquanto paralelamente na Europa, a análise concentrava-se mais sobre o Estado e suas instituições, do que nas ações realizadas pelos governos” (SOUZA, 2006, p. 66). Esta autora também aponta a característica multidisciplinar que as políticas públicas possuem ao apoiar-se em fundamentos disciplinares das ciências políticas, da sociologia e da economia incorporando, também, conhecimento de outras disciplinas como: administração pública, teoria das organizações, engenharia, psicologia social e direito (SOUZA, 2006).

Não obstante, Souza (2006) destaca que a área de pesquisas em políticas públicas sofreu influência de quatro importantes estudiosos: Laswell (1936), Simon (1957), Lindblom (1959-1979) e Easton (1965). Estes autores foram responsáveis por incorporar nas pesquisas sobre políticas públicas alguns conceitos que nortearam a literatura específica sobre o tema (SOUZA, 2006). Laswell, em 1936, adotou a expressão “*policy analytics*” com a intenção de agregar ao conhecimento científico/acadêmico a produção empírica dos governos e, também, como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo (SOUZA, 2006).

Simon, por sua vez, em 1957, introduz o conceito de “*policy makers*”, considerando a racionalidade limitada dos decisores públicos, contudo citando que esta racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Já Lindblom, em 1959 e 1979, contestou o destaque que Laswell e Simon fizeram ao racionalismo e introduziu outras variáveis que não haviam sido mencionadas no processo de formulação e análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e

integração entre as diferentes fases do processo decisório, e que não teriam necessariamente um fim ou princípio. E por último, em 1965, Easton argumenta que as políticas públicas recebem *inputs* de partidos, da mídia e de grupos de interesse que irão influenciar os seus resultados e, assim, define a política pública como um sistema, que possui uma relação entre a formulação, os resultados e o ambiente (SOUZA, 2006, p. 23-24).

Desde então, os resultados conquistados através dos avanços das pesquisas na área de políticas públicas vêm consolidando um *corpus teórico* próprio (SECCHI, 2012). Essa consolidação segundo o autor vem contribuindo para elaboração de um instrumental analítico útil e uma linguagem direcionada para um entendimento dos fenômenos de natureza político-administrativos da sociedade, ou seja, o fortalecimento dos direitos sociais e individuais existentes em um Estado democrático. E essa natureza político-administrativa, as quais resulta no desenvolvimento de decisões formuladas e implementadas pelos governos, influenciam e são influenciadas por valores e ideais que conduzem a relação entre Estado e sociedade (HEIDEMANN, 2009; AMABILE, 2012). Tais decisões e ações compõem o que se conhece genericamente como *políticas públicas* (HEIDEMANN, 2009).

A expressão política pública vem do inglês *public policy*, e refere-se ao conteúdo concreto e simbólico de decisões políticas, e do processo de construção dessas decisões, ou seja, o conhecimento dos fenômenos relacionados à regulamentação e ao controle da vida humana em sociedade (HEIDEMANN, 2009; SECCHI, 2012). São várias e diferenciadas as definições de políticas públicas. Há autores que definem políticas públicas como aquilo que os governos decidem ou não decidem fazer (DYE, 1984), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos (LYNN; GOULD, 1980). Políticas públicas podem ser compreendidas, ainda, como a soma de atividades governamentais enquanto ação diretamente efetuada por agências influenciando a vida dos cidadãos (PETERS, 1986) e, a definição mais conhecida proposta por Laswell (1936) refere-se a quem ganha o que, por que e que diferença isso faz (HEIDEMANN, 2009; SOUZA, 2007).

Observa-se nestas definições que os princípios norteadores de ação do poder público se materializam através de intenções que se transformam em ações (HEIDEMANN, 2009), ou seja, a implementação de mudanças. Desse modo, entende-se políticas públicas como sendo ações do governo em nível federal, estadual ou municipal, que manifestam múltiplos aspectos relacionados ao cumprimento do seu papel institucional e indelegável de atuar na promoção do bem-estar da sociedade, especialmente em iniciativas e programas específicos em áreas sociais (saúde, assistência, habitação, educação, emprego, renda ou previdência), na macroeconomia (fiscal, monetária, cambial e industrial) ou gerais (científica e tecnológica, cultural, agrária) (GAGNON; TURGEON; DALLAIRE, 2007; GELINSKI; SEIBEL, 2008).

Neste contexto, segundo Teixeira (2002) há que se destacar também, que a elaboração de políticas públicas é um processo dinâmico e não linear que desafia os gestores públicos por contemplar a presença de negociações, pressões, mobilizações, alianças ou coalizões de interesses. Portanto, sua implementação pode envolver opinião pública, organizações sociais, líderes empresariais e trabalhistas, representantes eleitos (como presidentes, governadores, prefeitos, deputados, entre outros), os quais influenciam os rumos das ações desenvolvidas, dependendo de seus interesses e capacidade de fazer valer as premissas que as originaram (COCHRAN et al, 2009).

É nesse processo dinâmico e complexo da implementação de políticas públicas que atores e gestores governamentais encontram desafios, contradições e dicotomias resultantes da relação entre Estado, às instituições implementadoras e até a sociedade (HEIDEMANN, 2009). Um destes desafios se apresenta na dificuldade de conciliar os diversos interesses dos diferentes grupos, com seus valores, crenças e percepções distintas e muitas vezes conflitantes sobre o mundo (BOLMAN; DEAL, 2003; HEIDEMANN, 2009). Tais características destacam a importância de se compreender as relações políticas das interações que se estabelecem em torno dos assuntos relacionados à esfera pública e, mais especificamente, as políticas públicas. Tais relações afetam as intenções e ações resultantes, na medida em que os planos, programas e estratégias do governo envolvem a alocação de recursos escassos, em áreas específicas como saúde e

educação (BOLMAN; DEAL, 2003; HEIDEMANN, 2009; FLEURY; OOVERNEY, 2013).

### 2.2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO

A saúde de uma população é um fator determinante para sua qualidade de vida, sendo entre outras coisas, o resultado da forma como é estabelecida a relação entre Estado e sociedade (LOBATO, 2012). Nesse sentido, as ações do Estado com o objetivo de propiciar qualidade de vida aos cidadãos são realizadas por intermédio das políticas sociais que, tradicionalmente, compreendem as áreas de saúde, previdência e assistência social, campos clássicos do bem-estar social, além de outros campos como a educação e habitação (LOBATO, 2012; RONCALLI, 2003).

Dessa forma, entende-se que as políticas na área de saúde podem ser consideradas como ações voltadas para a proteção coletiva contra riscos específicos (FLEURY; OOVERNEY, 2007). No entanto, ainda segundo os autores, como as demais políticas sociais, as políticas de saúde estão sujeitas a múltiplos determinantes como: instituições, técnicas, estratégias, instrumentos e objetivos almejados. Além do mais, torna-se necessário considerar os aspectos específicos de elaboração, organização e implementação que são influenciados por outros interesses, que também determinam seus rumos e formatos, por vezes contraditórios (FLEURY; OOVERNEY, 2007).

Esses aspectos da dinâmica de cada uma das áreas da política social são complexos e de extrema importância no desenvolvimento dos sistemas de proteção social (LOBATO, 2012). No Brasil, apesar da construção dos modelos assistenciais remontarem o período do Brasil Império e anos subsequentes, as políticas públicas de saúde tiveram seu ápice com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, sob a Constituição de 1988 (LOBATO, 2012; SARRETA, 2009). Para melhor entender a situação atual da saúde no Brasil, e por conseguinte as políticas públicas no setor hospitalar, mas especificamente, nos hospitais universitários, é importante um breve relato de como as demandas de saúde eram atendidas.

As primeiras políticas públicas de saúde no Brasil têm início no século XVIII, com a vinda da família Real para o Brasil (MACHADO, 2012). Antes desse fato, o



Brasil Colônia caracteriza-se por um desorganizado espaço social, e a atenção à saúde limitava-se ao tratamento desenvolvido por curandeiros com a utilização dos recursos existentes na terra (plantas e ervas), ou seja, um lugar onde a população tinha pouca possibilidade de sobrevivência, em virtude das dificuldades materiais encontradas na região e das frequentes enfermidades (BERTOLLI FILHO, 2008). Segundo Machado (2012), com a chegada da corte portuguesa, criou-se a necessidade de organização de uma estrutura sanitária mínima, que fosse capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro.

Nesse contexto, segundo Polignano (2001, p.3), “até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas ao seguinte: 1 - Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais; 2 - Controle de navios e saúde dos portos”. Para o autor, as políticas de interesse da administração pública da época limitavam-se em estabelecer um controle sanitário mínimo da capital do império, através da melhoria das condições sanitárias, entendida, à época, basicamente como dependente do controle de endemias e do saneamento dos portos, em especial os portos de Santos e do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001).

No final do século, em 1897, os serviços relacionados com a saúde pública encontravam-se sob a jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública (FUNASA, 2016). E o então Presidente da República Rodrigues Alves nomeia como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública o Dr. Oswaldo Cruz, que através da lei de vacinação obrigatória em 1904 implantou campanhas contra a varíola, contra a febre amarela e a peste bubônica, marcando as primeiras décadas do século, com medidas de saúde como respostas momentâneas a estes agudos problemas (BERTTOLOZI, GRECCO, 1996; PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA, MACINKO, 2011; ROCALLI, 2003).

No ano de 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, surgem os primeiros modelos de assistência médica, as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs (BERTTOLOZI, GRECCO, 1996; ROCALLI, 2003, SARRETA, 2009). As CAPs eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores e eram responsáveis por garantir a prestação de serviços médicos e

benefícios de aposentadorias e pensões de empresas específicas, em sua maioria de importância estratégica (RONCALLI, 2003). Estas CAPs foram obrigadas, por esta nova legislação, a constituírem ambulatorios próprios e a fazerem convênios com as Santas Casas de Misericórdia para o atendimento hospitalar (VANGHETTI, 2008). Com esta nova situação, ficou exposta a fragilidade e a carência dos recursos hospitalares o que impulsionou o surgimento de novos ambulatorios e hospitais (RONCALLI, 2003; VANGHETTI, 2008). Entre 1923 e 1930 foram criadas mais de 40 CAPs cobrindo mais de 140.000 beneficiários (POLIGNANO, 2001; RONCALLI, 2003).

Neste período, o Brasil passava por várias transformações políticas e econômicas (PAIM et al, 2011). Do ponto de vista histórico, Getúlio Vargas chegava ao poder com a Revolução de 30, no qual uma de suas primeiras medidas foi a Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP (BERTTOLOZI, GRECCO, 1996). Dentre as políticas sociais que foram criadas por ele, no período do governo provisório (1930-1934), vale destacar segundo Roncalli (2003) a criação em 1933 dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, que na realidade foi um novo modelo de organização previdenciária que veio substituir as antigas CAPs. Este novo modelo era organizado por categoria profissional e administrado pelo Estado (RONCALLI, 2003).

Na década de 40, foram tomadas medidas de reestruturação e ampliação dos órgãos de saúde dos Estados (MACHADO, 2012). Neste sentido, as ações passavam então a serem coordenadas e centralizadas pelo governo federal através do MESP. Observa-se também, que durante este período, houve em 1942 a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, o qual na década de 50 teria importante atuação no combate à malária, em pesquisas de doenças tropicais e na educação sanitária (MACHADO, 2012; PAIM, 2009; POLIGNANO, 2001). Machado (2012) ressalta ainda, que na década de 50, inicia-se um processo de modernização do setor de saúde, tendo como objetivo principal a lógica de eficiência da produção de bens e serviços.

Em maio de 1953 foi criado o Ministério da Saúde – MS, com sua desvinculação do Ministério da Educação (PAIM, 2009), e em 1956 foi criado o

Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERU, com o intuito de promover a educação sanitária da população rural (FUNASA, 2016; MACHADO, 2012). Neste período segundo destaca Machado (2012) os hospitais são elevados a uma posição central na prestação de serviços de saúde e no final da década de 50 definia-se como local de encontro das diversas especialidades médicas, como detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde (MACHADO, 2012).

No ano de 1966, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS que surge com a unificação dos IAPs, com exceção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores dos Estados - IPASE, criado em 1941 pelo decreto-lei nº 3.347 (VANGHETTI, 2008). Essa unificação originou um sistema previdenciário para todos os brasileiros que estivessem inseridos no mercado de trabalho (POLIGNANO, 2001), que caracterizou-se pela centralização da administração e dos recursos com a uniformização dos serviços para todos os segurados com carteira assinada. A universalização da cobertura ocorreu aos poucos, com a inclusão dos acidentes de trabalho, a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural - PRORURAL, incorporação das empregadas domésticas e dos trabalhadores autônomos (ESCOREL, 2008). Essa inclusão de novos beneficiários força o governo, em 1968, a disponibilizar linhas de financiamento a fundo perdido para ampliar o número de hospitais particulares, com o objetivo de aumentar a oferta de leitos para atender os trabalhadores inscritos no INPS (VANGHETTI, 2008).

A unificação do sistema previdenciário com a criação do INPS, o governo viu-se obrigado em incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões (POLIGNANO, 2001; VAGHETTI, 2008). Um destes, segundo Vaghetti (2008) era a da assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. A criação do INPS representou a possibilidade concreta da definição de um sistema de articulações entre o setor público e o privado, garantido por melhores condições técnicas e financeiras para o desenvolvimento da medicina curativa, com o privilégio de entidades hospitalares concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado (VAGHETTI, 2008). Neste aspecto, a participação do Estado foi fundamental para estimular o desenvolvimento de uma estrutura médica

industrial, alimentando o crescimento e consolidação de um setor privado forte, financiado pela compra de serviços médicos destinados à população trabalhadora (ESCOREL, 2008; RONALLI, 2003; POLIGNANO, 2001).

Na década de 1970, e anos posteriores, consolida-se a posição hegemônica da previdência social (MACHADO, 2012). Inicia-se um novo processo de reestruturação do setor de assistência, e em 1974, sob o regime militar e com objetivo de ampliar a atenção sobre o social, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS (VAGHETTI, 2008). Simultaneamente, a criação do MPAS, foi constituído o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, que na área da saúde, objetivou financiar a construção de mais estabelecimentos de saúde para atender à demanda crescente por assistência médica da população economicamente ativa (VAGHETTI, 2008).

Ainda na década de 1970, durante o ano 1977, ocorre a unificação do INPS com o Instituto de Administração Financeira e Assistência Social – IAPAS, formando um órgão único, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (VAGHETTI, 2008). O INAMPS era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

Após a criação do INAMPS, os problemas do sistema de saúde, produziram toda uma onda de aparatos programáticos, políticas públicas racionalizadoras dos recursos e sistematizadoras da participação do Estado na defesa da saúde da população (MACHADO, 2012). É nesse período dos anos 70 e 80 que provieram: o Sistema Nacional de Saúde – SNS, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-saúde, as Ações Integradas de Saúde – AIS e o Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social – SAMHPS, as duas últimas iniciativas originadas do Programa de Reorganização da Assistência à Saúde, elaborado no

âmbito do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP – e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS (MACHADO, 2012, VAGHETTI, 2008).

Em 1988 com a promulgação da constituição cidadã, é adotado o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde seja direito de todos e dever do Estado (LUCCHESE, 2004; MACHADO, 2012). Cria-se o Sistema Único de Saúde – SUS, que rompia com duas lógicas presentes nas políticas públicas de saúde dos trinta anos anteriores, ou seja, promovendo a mudança de um modelo de seguro social para a seguridade social - permitindo a universalização - e a mudança do modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população (LUCCHESE, 2004; MACHADO, 2012; VAGHETTI, 2008)

No período pós-Constituição, as políticas de saúde no Brasil vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, que opera mudanças institucionais de grande magnitude (LUCCHESE, 2004). Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8140 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório (LUCCHESE, 2004).

Essa nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas (LUCCHESE, 2004). Segundo a autora, as relações de poder político e a distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo – federal, estadual e municipal, traz grandes desafios aos gestores setoriais um papel fundamental na efetivação dos princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde.

Observa-se o avanço da saúde no Brasil, principalmente após a criação do SUS (LUCCHESE, 2004; MACHADO, 2012; VAGHETTI, 2008). Entretanto, a instituição ainda não alcança seus objetivos, em razão de sobrecargas causadas pela inadequação das demais políticas públicas que devem agir em conjunto à

saúde, como saneamento, educação, habitação, renda, cultura e, até mesmo a economia. As Leis 8.080, 8.142; as Normas Operacionais - NOBs, 91, 93, 96; o Plano Plurianual - PPA e Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, as Conferências, a EC-29, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, os Pactos de Saúde dentre outras são alguns dos instrumentos que regulamentam o modelo de saúde pública no Brasil (LUCCHESE, 2004; MACHADO, 2012).

No que tange os hospitais universitários, foco desta pesquisa o governo federal vem desenvolvendo políticas específicas, que induzam uma reestruturação que atendam às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional (BRASIL, 2011). Muito embora, a atenção hospitalar seja tema de debates dentro do SUS (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006; LUCCHESE, 2004; MACHADO, 2012; PAIM, 2009; VAGHETTI, 2008), observa-se à importância dos hospitais universitários na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de procedimentos de média e alta complexidade, seja pelo seu papel de hospital de ensino, ou seja, pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção (BRASIL, 2011; VAGHETTI, 2008).

Tais características têm implicações, evidentemente, na medida em que a formulação de políticas e estratégias de reforma da gestão dos hospitais universitários, tornam-se um grande desafio para sua implementação (BRASIL, 2011). Observa-se que a população usuária dos serviços ofertados pelos HUs sofrem os efeitos da crise em que vivem os HUs, que se evidenciam na dificuldade de acesso a determinados serviços, na baixa qualidade da assistência hospitalar ou mesmo na falta de atenção a que são sujeitos, o que contribui para a insatisfação e elevação das pressões sociais e políticas por mudança, ainda que grande parte da população desconheça as alternativas que vêm sendo discutidas no âmbito dos serviços e da academia (BRASIL, 2011; CECILIO, 1994; VAGHETTI, 2008).

Na busca de novas perspectivas para os HUs, tem-se apontado para algumas estratégias comuns ao conjunto dos hospitais universitários de forma a induzir maior eficiência no seu processo de gestão (BRASIL, 2011). O resultado deste esforço tem proporcionado, além do diagnóstico e da análise, a possibilidade de melhor

compreensão e caracterização dos problemas e das dificuldades atuais, definindo, assim, as diretrizes para as ações da área e a priorização dos hospitais universitários como um segmento hospitalar estratégico (BRASIL, 2011). Tais políticas e seus objetivos são apresentadas no quadro 1:

<b>Políticas Públicas de Saúde</b>	<b>Objetivo</b>
Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, (2001) do Ministério da Saúde.	Desenvolver um conjunto de ações integradas que visam mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.
Portaria Interministerial nº 562 (2003) que cria Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos Hospitais Universitários de Ensino.	Diagnosticar a atual situação dos hospitais de ensino no Brasil, para reorientar e/ou formular a política no setor.
Portarias Interministeriais nº 1.000, 1006 e 1702 (2004) do Ministério da Educação e Ministério da Saúde.	Redefinir e aperfeiçoar as políticas de saúde para o âmbito do SUS, estabelecendo critérios para a certificação dos Hospitais Universitários e sua relação entre academia e rede pública de saúde.
Portaria Interministerial nº 1.721 (2005) do Ministério da Educação e Ministério da Saúde.	Criar o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.
Decreto nº 7.082 (2010) do Ministério da Casa Civil da Presidência da República.	Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, com o objetivo de diagnosticar os problemas e formular políticas específicas para o setor.
Lei nº 12.550 de 15 de Dezembro de 2011.	Autorizar o poder executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, com o objetivo.
Portaria nº 3.410 (2013) do Ministério da Saúde.	Instituir as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Quadro 1 - Políticas Públicas de Saúde de Reestruturação dos Hospitais Universitários.

Fonte: BRASIL (2004a); BRASIL (2004b); BRASIL (2004c); Brasil (2011), Brasil (2013), Vaghetti (2008).

### 2.2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS: O DESAFIO DE IMPLEMENTAR MUDANÇAS

A literatura sobre implementação de políticas públicas desenvolve-se com a publicação em 1973 do livro *“Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland”* de Pressman e Wildavsky (NAJAN, 1995). Este estudo, tal como o título revela, versava sobre as razões pelo qual um projeto de desenvolvimento econômico decidido centralmente falhou em sua implementação na cidade de Oakland. Os autores chegaram à conclusão de que a falta de coordenação entre os diversos elementos envolvidos tinha sido o principal motivo do insucesso da política (O'TOOLE, 2000). Ainda, de acordo com Pressman e Wildavsky (1973), a implementação resumia-se ao desencadeamento de procedimentos para cumprir os objetivos que o nível central tinha definido, pelo que os estudos da implementação se deveriam centrar nas dificuldades em alcançar os mesmos (O'TOOLE, 2000).

A partir deste estudo, a *implementação* passou a ser uma área de observação e análise no estudo do processo de produção de políticas públicas, com sucessivos enfoques, parâmetros e modelos, associados às matrizes e correntes científicas das disciplinas que vieram a constituir-se como seus referenciais (NAJAN, 1995). Implementação evidencia-se então, como a conexão perdida nas discussões sobre eficiência e eficácia da ação governamental (SILVA; MELO, 2000).

Najan (1995) define a implementação como um estado de ter alcançado os objetivos da política e, implementar, (como verbo) é um processo onde tudo acontece na tentativa de alcançar o propósito da política. É uma etapa dinâmica, e é em si um processo de significado próprio, que não está restrito apenas à tradução de uma dada política em ação, mas que pode transformar a política em si (NAJAN, 1995). Para Silva (2009) a implementação pode ser considerada como um processo de interação entre a determinação de objetivos e as ações empreendidas para atingi-los. Consiste no planejamento e na organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para promoção das mudanças decorrentes e efetiva implementação de uma política (SILVA, 2009).



As contingências relacionadas à implementação de programas e ações governamentais tem sido entendida como uma das causas críticas, senão a mais importante, para explicação do insucesso dos governos em atingir os objetivos e metas definidas no processo de elaboração de políticas públicas (LIMA, D'ASCENZ, 2013, NAJAM, 1995; O'TOOLE, 2000; SABATIER, 2007; SILVA; MELO, 2000).

Acima de tudo, implementação significa transição (NAJAN, 1995; SILVA, 2009). Para implementar iniciativas decorrentes de uma política pública, as instituições ou agentes implementadores devem conciliar fatores próprios da esfera pública, assim como as dificuldades relacionadas a este processo que desafiam a gestão da mudança nas organizações, independente de sua natureza. No contexto público, as formalidades organizacionais e os mecanismos de gestão são importantes, mas o essencial é o enfrentamento contínuo dos contextos imprevisíveis, dos conflitos de interesses, da escassez de recursos e das limitações estruturais, entre outros fatores (NAJAN, 1995). Também segundo o autor, é considerado como crucial para esta fase de mudança e adaptação, o reconhecimento e a correção de erros, assim como o aprendizado.

Ainda relacionado aos aspectos a serem considerados no processo de mudança decorrente de uma política pública. Lima e D'Ascenzi (2013) destacam a organização do aparato administrativo das organizações implementadoras. Para os autores, a operacionalização de novas políticas, programas, projetos ou atividades depende de um conjunto de estruturas e normas internas. O plano será absorvido, traduzido e adaptado às possibilidades e dificuldades das organizações e indivíduos que o deverão executar.

Assim, fatores de ordem estrutural, cultural e comportamental tornam-se essenciais neste processo (CHAVES; MARQUES, 2006; LOTTA, 2010). Dentre eles destaca-se segundo os autores, a disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e materiais, a estrutura e a dinâmica das regras organizacionais (formais e informais), o fluxo e a disponibilização de informações, entre outros fatores que influenciarão, a forma como se dará a apropriação e a implementação do plano nos espaços locais. Cabe aos implementadores adaptar e/ou promover as mudanças necessárias à implementação do novo modelo definido. A estrutura e a dinâmica dos

espaços de trabalho também são elementos importantes que conformam a percepção dos atores locais e sua ação (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

O sucesso da implementação para Najan (1995), estará também relacionado à adequação de sua direção “top-down” ou “botton up”, ao tipo de política pública e, ainda, ao contexto onde é implementada. Trata-se da gestão de aspectos políticos próprios deste processo e ambiente organizacional e que implicam em negociações, interações políticas entre os implementadores, bem como, características da equipe, sua capacidade de adaptação, de aceitação e atuação em relação aos imprevistos (CARVALHO; BARBOSA, 2011). Durante a etapa de implementação também é comum ocorrer conflitos relacionados às prioridades já estabelecidas; e quanto ao destino dos recursos; o remanejamento de pessoal; a reorganização funcional; a compatibilização ou substituição dos programas (antigo e novo); as dificuldades em organizar a implementação entre os níveis federal, estadual e municipal; a difusão do conhecimento entre os aplicadores (RUA, 2009; SOUZA, 2006).

Deve-se também, destacar como um desafio a importância da articulação das coalizões de defesa com o governo para a implementação de políticas públicas (LIMA, D'ASCENZI, 2013). Segundo os autores, o esforço e comprometimento com a implementação decorrem do alinhamento de valores e preferências. Considerando que os planos incidem em organizações estabelecidas, nos quais os processos já se encontram pactuados, a definição de prioridades de ação e o empenho em executá-las será influenciado pelo perfil e capacidade de liderança dos implementadores.

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde da população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para atendimento dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que frequentemente tencionam a estruturação de um sistema de saúde calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania. (SOUZA, 2002)

As características apresentadas, entre outras que interferem na implementação de ações, podem ser condensadas em dois tipos de fatores tendo como base os estudos de Hrebiniak (2006), Mintzberg (2006) e Levasseur (1993). Trata-se de fatores de natureza estrutural e comportamental. Cada um destes fatores, bem como suas características são apresentadas a seguir:

#### **a) Implicações de Fatores de Natureza Estrutural na Implementação de ações**

A estrutura organizacional constitui-se como um dos fatores que despertam preocupação e interesse tanto no meio organizacional quanto no meio acadêmico. A literatura é extensa, e, portanto, assim como existem consensos, existem divergências sobre o que é, qual a função e a relevância do estudo da estrutura para as organizações (NADLER; TUSHMAN, 2000; RANSON; HININGS; GREENWOOD, 1980).

Segundo Motta e Vasconcelos (2006), no período da administração científica ou teoria clássica da administração os estudos de estrutura analisavam o aspecto formal da administração, tendo como preocupação a padronização e a supervisão direta. Com o advento da Escola das Relações Humanas, passou-se a considerar a presença dos aspectos informais da estrutura oriundos das relações não oficializadas nas unidades de trabalho, incentivando o foco nas pessoas e suas relações (DAFT, 2012; MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

Contribuindo para o estudo do tema, Weber (1994) considera as organizações como estruturas sociais, propondo a burocracia como um tipo de poder de caráter racional que pudesse tratar o conflito entre os interesses da organização e os interesses pessoais. Ainda com a predominância do modelo burocrático nos anos 1970, são inseridos novos aspectos nos estudos da estrutura organizacional, passando a considerá-la como um reflexo da situação do ambiente (DAFT, 2012).

Nesse sentido, Chandler (1962), um dos primeiros estudiosos sobre o tema, ao definir Estrutura Organizacional, considera que independente de uma definição formal ou informal, a estrutura aborda dois aspectos. O primeiro, segundo o autor, refere-se às linhas de autoridade e comunicação entre os diferentes níveis da

organização, e o segundo aspecto, as informações e os dados que fluem por essas linhas. Hall e Saias (1980) argumentam que a estrutura é mais que idealização da forma de trabalho, mas sim, das interações das partes que a constituem, sendo resultado desse processo a cultura e o comportamento organizacional, que se refletem através das ideias, crenças e valores das pessoas que formam a organização.

Mintzberg (2006) considera que estrutura organizacional refere-se a todos os meios onde o trabalho é dividido em diversas atividades (ou processos) e como essas são coordenadas. qualquer atividade humana organizada possui duas condições fundamentais e contrárias: a divisão do trabalho em várias tarefas a serem desempenhadas e a coordenação dessas tarefas para executar a atividade. Portanto, a estrutura formal de uma organização é aquela que está prescrita, sendo comunicada por meio de manuais, descrições de cargos, organogramas, regras e regulamentos, evidenciando as linhas hierárquicas existentes na organização (MOTTA; VASCONCELOS, 2006). Nesse sentido, Mintzberg (2006) conceitua estrutura organizacional como o total de formas em que o trabalho é dividido em tarefas distintas e, em seguida, como é desempenhada a coordenação entre essas tarefas (MINTZBERG, 2006).

Corroborando com a mesma perspectiva, Stoner (1992) define estrutura como o ordenamento e a inter-relação entre as partes componentes e cargos de uma empresa. Na visão do autor, a estrutura especifica da divisão das atividades, mostram como estão interligadas e apresenta o nível de especialidade do trabalho e a disposição da hierarquia e da autoridade, mostrando as relações de subordinação (STONER, 1992). Essas abordagens teóricas são evidenciadas nas relações de trabalho e no modo de funcionamento das organizações.

A estrutura organizacional, portanto, torna-se o arcabouço que serve de base para o funcionamento adequado, coordenado, equilibrado e integrado da organização, pois apresenta as diversas inter-relações existentes entre os diferentes elementos que a conformam. No intuito de contribuir no entendimento de como as organizações compreendiam suas estratégias, Mintzberg (1995), analisou primeiro

de que forma elas se estruturavam. Esse autor percebe cinco tipos de estruturas conforme mostra o quadro 2:

Modelos Estruturais	Conceitos Envolvidos
Estruturas simples	Caracteriza-se por uma organização de estrutura simples, não muito mais que uma grande unidade consistindo de um ou alguns gerentes de cúpula, um dos quais é o líder, e de um grupo de operadores que executam a tarefa do trabalho básico.
Estrutura Mecanizada	Caracteriza-se pela alta formalização, grande especialização e centralização, sendo a padronização dos processos de trabalho seu principal mecanismo de coordenação. As organizações que utilizam essa estrutura oferecem uma produção padronizada com grande volume, apesar da pequena variedade.
Estrutura Profissional	Caracteriza-se pela predominância da padronização das habilidades e não a de processos. Possuem profissionais treinados – pessoas altamente especializadas, mas com considerável controle sobre seu trabalho, como em hospitais e universidades.
Estrutura Divisional	Nesta estrutura organizacional existe uma forte atração para dividir. As divisões existem devido ao fato da diversificação da sua linha de produtos. Normalmente na matriz existe algum mecanismo de controle que são desenvolvidos para que haja uma padronização mínima nas atividades das organizações, mas o controle maior fica a cargo de cada unidade, sendo o principal mecanismo de supervisão a padronização dos resultados.
Estrutura Adhocrática	Caracteriza-se pela flexibilidade e emergência. São organizações temporárias e constituída por inúmeras equipes de projetos, que se reúnem para solucionar problemas específicos, e migram a composição de acordo com o andamento do projeto.

Quadro 2 - Modelos Estruturais de Mintzberg.

Fonte: Adaptado de Mintzber (1995)

Segundo Mintzberg (1995), para existir uma estrutura que seja eficaz é necessário um ajuste entre fatores situacionais e parâmetros de configurações, ou seja, a organização eficaz elabora sua estrutura de uma maneira que atenda a determinada situação exigindo uma consistência entre os fatores internos e fatores contingenciais para que possa atuar de forma sistêmica. Os parâmetros de configuração são constituídos pela forma como é feita a divisão do trabalho e de como esse trabalho é coordenado (MINTZBER, 1995).

A forma como o trabalho é dividido determina a parte principal da organização em cada tipo de configuração proposta por Mintzberg (1995). São seis as partes básicas de uma organização. A cúpula estratégica, responsável em assegurar que a organização cumpra sua missão de forma eficaz, atendendo às necessidades dos que a controlam e detêm poder sobre ela. A linha intermediária, constituída pelos gestores intermediários que fazem o elo de ligação entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional. Na tecnoestrutura, encontram-se os analistas responsáveis pelo planejamento do trabalho do núcleo operacional, tornando as atividades desenvolvidas pelas pessoas mais eficazes. A assessoria de apoio dá suporte às operações da empresa como serviços de vigilância, assessoria jurídica, restaurante etc (MINTZBERG, 1995). No núcleo operacional, asseguram-se os inputs para a produção, transforma-se a matéria-prima em produto e realiza-se a sua distribuição. Já a ideologia compõe-se de um conjunto de crenças e ideais que representam a causa de sua criação e continuidade (MINTZBERG, 1995).

Segundo Mintzberg (1995), após a divisão das tarefas, é necessário entender como as tarefas serão coordenadas e quais serão os mecanismos de coordenação. Ajustamento mútuo é o trabalho sendo ordenado pelo simples processo de coordenação informal, pois um auxilia o outro quando for preciso. A supervisão direta ocorre quando uma pessoa passa a ser responsável pelo trabalho de outras, dando-lhes instruções e monitorando suas ações. Padronização dos processos é quando o conteúdo do trabalho for especificado ou programado para que cada indivíduo conheça suas atribuições (MINTZBERG, 1995).

Mintzberg (1995) argumenta que a padronização dos outputs acontece quando os resultados do trabalho são padronizados, isso significa que, as dimensões do produto já estão especificadas. Segundo o mesmo autor, padronização das habilidades é quando o tipo de treinamento exigido para o desempenho do trabalho já está especificado, ou seja, o indivíduo recebe um treinamento externo para depois realizar a atividade na qual se destina. Por fim, a doutrinação ou conjunto de normas são utilizados em organizações fortemente orientadas para um sistema de crença próprio e para a socialização dos indivíduos.

Mintzberg (1995) também acrescenta outros parâmetros organizacionais que podem influenciar na configuração organizacional. São eles: planejamento e controle

(a empresa possui planejamento formal e formas de mensurar resultados); descentralização das atividades (as atividades são delegadas); formalização do comportamento (o comportamento dos membros da instituição são formalizados); e o poder (como funcionam as relações de poder na organização).

No caso das organizações hospitalares, objeto desta pesquisa Mintzberg (1995) afirma que essas organizações apresentam um misto na configuração de sua estrutura quanto à centralização e à descentralização vertical e horizontal do poder decisório. Em seu contexto, a descentralização do poder ocorre, especialmente, pelo modelo burocrático profissional de sua estrutura. Mintzberg (1995) divide o modelo burocrático Weberiano em burocracia “mecanizada” e “profissional”, e a partir da predominância desta em organizações hospitalares, classificando-as como “organizações profissionais”. Sua estrutura caracteriza-se pela padronização de habilidades para coordenação, e pela contratação de especialistas altamente qualificados – profissionais – para o núcleo operacional, dando a eles um grande controle sobre o seu próprio trabalho.

Nesse sentido, segundo Mintzberg (1995) a estrutura surge como altamente descentralizada horizontalmente, com poder sobre muitas decisões, tanto em fluxos operacionais como estratégicos, em toda a linha hierárquica de cima para baixo, até os profissionais do núcleo operacional. Neste ponto, o núcleo operacional segundo Mintzberg (1995), é parte principal da organização e possui uma estrutura uniforme, com linha intermediária reduzida e uma tecnoestrutura pequena, responsável pelas ações de regulamentação, padronização. A única outra parte totalmente elaborada é a equipe de apoio, mas que se limita praticamente à execução das atividades do núcleo operacional (MINTZBERG, 1995).

Como consequência destas características, o papel da tecnoestrutura, dos gerentes e dos centros de decisões, nessas organizações profissionais, é limitado. Os profissionais precisam de serviços de apoio, mas podem produzir independentemente dos outros componentes da organização. O ambiente dessas organizações é dinâmico, com tendências para a estabilidade. A autonomia relativa dos profissionais segmenta a organização em distintos grupos de interesses corporativos, o que dificulta a integralidade e o trabalho multiprofissional. Nas

organizações profissionais, há dificuldades para a formalização e o controle dos processos de trabalho e, por isso, a centralização e a burocratização não são estratégias administrativas compatíveis com a produção de serviços de qualidade (MINTZBERG, 1995).

Contudo, cabe ressaltar que na percepção de Hrebiniak (2006), a estrutura organizacional tem deixado de constituir somente um esquema que represente uma amarração entre indivíduos e uma padronização do seu comportamento. Para este autor, um esquema amigável torna-se um importante sistema de suporte e apoio às pessoas no sentido de melhorar o seu relacionamento, processar a informação, tomar decisões a respeito de seu trabalho, focalizar o cliente interno ou externo, alcançar metas e resultados estabelecidos em conjunto com seus superiores, além de participar nos resultados obtidos pela organização (HREBINIAK, 2006).

#### **b) Implicações de Fatores de Natureza Comportamental na Implementação de ações**

A compreensão do comportamento individual e dos grupos em situação de trabalho constitui a natureza comportamental da organização (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2012; WAGNER III; HOLLENBECK, 2012). Sem conhecer o ambiente organizacional onde estão inseridos, os gestores não terão uma base conceitual sólida capaz de prever a reação dos colaboradores mediante as mudanças organizacionais, pois através desse conhecimento os líderes terão ao seu dispor subsídios necessários para enfrentar os desafios de gerir os comportamentos que não são compatíveis com os objetivos organizacionais (WAGNER III; HOLLENBECK, 2012).

Nesse sentido, o comportamento organizacional, é um conceito relacionado com o estudo da dinâmica individual e em grupo em um ambiente organizacional, bem como a natureza das próprias organizações. Ou seja, procura investigar as questões relacionadas com liderança e poder, estruturas e processos de grupo, aprendizagem, percepção, atitude, negociação, processos de mudanças, conflito e dimensionamento de trabalho, entre outros temas que afetam os indivíduos e os grupos nas organizações (COELHO JUNIOR; GONDIM; BORGES-ANDRADE;



FAIAD, 2012; ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2012; WAGNER III; HOLLENBECK, 2012).

Segundo Robbins (2009) comportamento organizacional consiste em um campo de estudos que investiga o impacto que o indivíduo, grupo e estrutura têm sobre o comportamento dos indivíduos dentro da organização, com o objetivo de utilizar esse conhecimento para melhorar a eficácia organizacional. Para Quadros e Trevisan (2002), o comportamento organizacional pode ser definido como um campo de estudos dos comportamentos dos indivíduos e grupos nas organizações nas suas relações com a estrutura e os demais componentes organizacionais (QUADROS; TREVISAN, 2002). Segundo os mesmos autores, o comportamento humano interfere positiva ou negativamente no alcance dos objetivos organizacionais.

Devido essa importante influência do comportamento humano no alcance dos objetivos, é importante entender as variáveis e as características que influenciam e motivam esse comportamento, para que seja mais adequado e intimamente ligado aos objetivos da organização (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2012; ROBBINS, 2009; WAGNER III; HOLLENBECK, 2002). Para Robbins (2009), três componentes afetam o comportamento do indivíduo na organização: um componente cognitivo, ligado à convicção; um componente afetivo, ligado à emoção, e um componente comportamental, associado a uma pessoa ou a alguma coisa. Esses componentes podem propagar três tipos de atitudes no trabalho: o primeiro tipo relaciona-se à satisfação com o trabalho; o segundo vincula-se ao envolvimento; o terceiro está ligado ao comprometimento organizacional. Tanto a manifestação das atitudes quanto o compartilhamento dos valores na organização podem ser facilitados ou dificultados pelos gestores (ROBBINS, 2009).

Considerando a influência de várias ciências nos estudos relacionados ao comportamento organizacional, tais como: a psicologia, antropologia, sociologia, economia e ciências políticas, Wagner III e Hollenbeck (2002) propõe o estudo através de três perspectivas: microorganizacional, mesoorganizacional e macroorganizacional. Na perspectiva microorganizacional, o foco de análise é o indivíduo isolado desempenhando suas tarefas e buscando respostas sobre as consequências das diferenças de aptidões sobre a produtividade dos funcionários,

como estes se sentem em relação ao local de trabalho, os fatores que os motivam, dentre outras características. Essas distinções ensejam que nessa perspectiva, o indivíduo seja visto como um processador de informações, afinal, suas percepções, atitudes, aptidões e inteligência se integram e são complementadas por outros, servindo de base para a formação do grupo de trabalho e, posteriormente da organização como um todo (WAGNER III E HOLLENBECK, 2002).

Em respeito à perspectiva mesoorganizacional, Wagner III e Hollenbeck (2012) sustentam que o destaque está relacionado ao trabalho em equipe e aos grupos dentro da organização. Na análise desta dimensão são abordadas questões como: a socialização de pessoas, o trabalho cooperativo, formas de otimizar os processos de trabalho por meio da combinação de aptidões dos membros do grupo, como também abordagens sobre liderança. Isto é, a perspectiva mesoorganizacional, considera toda a “dinâmica” do grupo de trabalho no que diz respeito à combinação das características individuais de seus membros (WAGNER III E HOLLENBECK, 2002).

Nesse sentido, Robbins (2009) ressalta que alguns grupos são formalmente estabelecidos pela organização, enquanto outros se formam espontaneamente, surgindo respectivamente os grupos formais e informais. Os grupos formais são aqueles criados pela empresa para realizar uma tarefa específica e alcançar metas estabelecidas, tais como, departamentos, comitês, projetos, etc. Os grupos informais surgem com o tempo por meio do relacionamento entre os funcionários. São grupos que se formam a partir de afinidades, características e interesses em comum entre as pessoas e podem se estender para fora do ambiente de trabalho (ROBBINS, 2009).

Já na perspectiva macroorganizacional, segundo Wagner III e Hollenbeck (2002) apontam como objetivo os aspectos comportamentais relacionados à organização como um todo, ou seja, o comportamento da organização. Sendo assim, questões relacionadas ao poder nas empresas, solução para conflitos, estruturas organizacionais que busquem eficiência e eficácia são destacadas (WAGNER III E HOLLENBECK, 2002).

Corroborando com Wagner III e Hollenbeck (2002), Cohen e Fink (2003), apresenta o estudo de indivíduos e grupos nas organizações, considerando o enfoque comportamental dividindo-se em dois grupos:

- Comportamentos das pessoas com indivíduos: suas características pessoais e os aspectos comportamentais e ser gerenciados no âmbito individual como a percepção, personalidade, competências, conhecimentos, aptidões, habilidades, atitudes, interesses e valores e motivação; e
- Comportamento Coletivo nas Organizações: clima, cultura, poder, grupos informais, processos de comunicação, liderança, motivação e todos os outros aspectos comportamentais a ser gerenciado no âmbito coletivo. Tanto os aspectos do comportamento individual e coletivo influenciam a gestão e o resultado do comportamento organizacional, decorrendo de uma nova visão sobre a importância das pessoas dentro das empresas, alterando seus métodos, técnica e processos e também a cultura organizacional.

Destaca-se, que um entendimento do funcionamento da dinâmica organizacional, considerando os elementos do comportamento individual, a inserção dos indivíduos no grupo de trabalho, e a conectividade deste grupo de trabalho com o todo da organização que inclui: procedimentos, regras, deveres, valores, etc. (ROBBINS, 2009) é especialmente válido para o setor público, e especialmente nas organizações hospitalares universitárias. Tais fatores podem ser os principais estimuladores da inovação e da mudança, ou podem ser seu principal obstáculo (ROBBINS, 2009). Portanto, a abordagem do comportamento humano sob a perspectiva dos aspectos formais e informais delineadores de uma organização pública exige que consideremos, inicialmente, a localização, suas especificidades e a natureza particular das relações entre as pessoas (agentes públicos) e a organização (BERGUE, 2010).

## 2.3 MUDANÇA ESTRATÉGICA: CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS

O grande desafio das organizações contemporâneas é estar em constante desenvolvimento, o que requer mudança. Com as fortes transformações que o

mundo vem atravessando, é exigida uma elevada capacidade de adaptação não somente para competir, mas para sua própria sobrevivência (KOTTER, 1997).

O tema “mudança” tem motivado já há bastante tempo o surgimento de algumas linhas de pesquisa. Por ser uma constante na sociedade moderna e nas organizações, algumas linhas têm se preocupado com as modificações na estrutura organizacional (CHANDLER, 1962; RANSON; HININGS; GREENWOOD, 1980), enquanto outras abordam questões comportamentais, culturais e institucionais que fazem parte da mudança organizacional (GREENWOOD; HINNINGS, 1996; NADLER; TUSHMAN, 2000; SCOTT; RUEF; MENDEL; CARONNA, 2000). E há ainda aquelas que estudam as transformações nas estratégias empresariais (AGARWAL; HELFAT, 2009; MINTZBERG; LAMPEL; AHLSTRAND, 2006; QUINN, 1980).

Tendo em vista esse contexto em transformação e a necessidade de compreender e investigar essas mudanças, considera-se a mudança organizacional enquanto aspecto inerente ao cotidiano da organização, como um processo de passar do velho para o novo, isto é, abandonar atitudes, comportamentos, as maneiras de se fazer um trabalho atual e estabelecer novas atitudes, novos comportamentos e procedimentos de trabalho que alcancem os resultados esperados dos negócios (MINTZBERG; LAMPEL; AHLSTRAND, 2006).

Além disso, Morgan (1996) propõe que a análise das organizações deve considerar diferentes perspectivas, sendo uma delas a que as interpreta como sistemas em fluxo e constante transformação. Para o autor, a partir desta perspectiva, as organizações podem ser analisadas como sistemas em contínuo processo de mudança e intercâmbio com o ambiente, o que permite enxergar a necessidade de adaptação para a sobrevivência, em que a influência entre a organização e o ambiente é recíproca. Dessa forma, as organizações podem ser consideradas como sistemas permanentemente em fluxo, sustentando um processo de homeostase dinâmica contínua, interagindo com o ambiente e se transformando, sendo que a incapacidade de transformação torna a organização ineficaz e a condena à extinção (MORGAN, 1996). Nesse sentido, as mudanças nas organizações podem ocorrer dentro de várias dimensões e velocidade dependendo

da conjuntura, das circunstâncias que rodeiam a organização e, sobretudo, da percepção da urgência e da viabilidade da mudança pelos gestores das organizações (GORESKE, 2007).

As mudanças podem acontecer de forma acidental, ou seja, desencadeadas por uma pessoa ou uma circunstância que leva a uma modificação (ROBBINS, 2002). Portanto, ela simplesmente acontece ou pode ser uma mudança planejada, sendo com isso tratada como uma atividade intencional e orientada para resultados (ROBBINS, 2002).

Destarte, dentre a literatura pesquisada a mudança também pode ser encontrada como um processo contínuo ou episódico (WEICK e QUIN, 1999), incremental/contínuo e descontinuo (NADLER et al, 1994), incremental/organizacional ou transformacional/institucional (SILVA, 1999), de primeira ordem e segunda ordem (PORRAS e ROBERTSON, 1992), micromudança e macromudança (MINTZBERG, LAMPEL e AHLSTRAND, 2006).

Decorrentes de questões externas e internas, quando a empresa reage às mudanças provocadas ela se adapta à uma nova situação e muitos são os pesquisadores que se debruçaram sobre o assunto. Sob a ótica de Schein (1982), a mudança pode configurar-se através de um ciclo combinado que se inicia com uma modificação em algum fato decorrente do ambiente organizacional e termina em uma situação de equilíbrio mais adaptada e dinâmica para enfrentar tal modificação. Este processo de mudança pode ser entendido como um processo de aprendizado em que a organização está constantemente repensando sua relação com o ambiente externo, de forma a encontrar uma posição de equilíbrio. O processo de mudança possui uma intensão ampla trazendo resultados de longo prazo, envolvendo variáveis críticas da organização, como a política, a cultura, as relações de poder, a distribuição de recursos, entre outras (HUTT; WALKER; FRANKWICK, 1995).

A mudança é um processo fragmentado, evolucionário e intuitivo no conceito de Quinn e Voyer (2001). Segundo estes autores, novas estratégias fluem à medida que decisões internas e eventos externos aparecem juntos para criar um novo contexto. Contudo, Mintzberg e Westley (1992) salientam que a mudança focaliza as

transformações que ocorrem na direção da empresa levando as organizações a modificarem suas estratégias em função de eventos externos e/ou internos que influenciam tal transformação. Há que se considerar que existem dois modos das organizações realizarem uma mudança organizacional: modo incremental, por meio do qual as transformações se dão em aspectos específicos da organização, fazendo com que a mudança ocorra a partir de pequenas ações e por um período maior; ou modo radical, no qual as organizações podem mudar ao mesmo tempo, provocando forte impacto e transformações profundas, principalmente na estrutura, nas relações de poder e no processo decisório (BEUGELSDIJK; SLANGEN; HERPEN, 2002).

Mintzberg e Westley (1992) assevera que a mudança pode ocorrer de maneira intencional (planejada), gerenciando as mudanças por meio de um processo de planejamento deliberado; ou não intencional (emergente), gerenciando as mudanças informalmente, trabalhando com o pressuposto de que a mudança é um processo contínuo de adaptação, de acordo com as transformações impostas pelo ambiente incerto. Corroborando com Mintzberg e Westley (1992), Weick e Quinn (1999) salientam que a mudança nunca começa porque ela nunca para, portanto, é um processo constante e o ideal seria denominá-lo de "mudando" ao invés de mudança, para dar essa ideia de processo contínuo.

Do ponto de vista do conteúdo da mudança, March (1991) preconizam dois conceitos que ajudam a compreender a mudança estratégica nas organizações: exploração (*exploration*) e exploração (*exploitation*) (*tradução nossa*). O fundamento das ações de exploração é a experimentação de novas alternativas, e seus retornos são desconhecidos, distantes e frequentemente negativos. Por outro lado, organizações que utilizam ações estratégicas de exploração provavelmente encontram um equilíbrio estável, no que diz respeito ao contexto em que estão inseridas. Sua essência é a apuração e a extensão das competências existentes, e seus retornos geralmente são positivos, de curto prazo e previsíveis (POPADIUK, 2015). Ainda segundo com March (1991), a sobrevivência da organização resulta de um comportamento equilibrado entre as ações de exploração e de exploração, pois ambas são necessárias à dinâmica organizacional.

A mudança também pode ser resultante de um processo voluntarista ou determinista. Nessa perspectiva, Astley e Van de Ven (1983) consideram os indivíduos autônomos, proativos e agentes que coordenam a mudança. Sob este aspecto, os indivíduos são considerados os recursos de mudança na organização, e as organizações exercem livremente suas escolhas estratégicas, superando sua rigidez natural. De acordo com essa orientação, as atividades estratégicas de sucesso podem ser diferenciadas e surgem a partir da exploração de novas competências (VOLBERDA; VAN DEN BOSCH, HEIJ, 2013).

Já no processo determinista, o foco está nas propriedades estruturais do contexto no qual as ações estratégicas são apresentadas. Dessa forma, o ambiente tem grande poder e exerce influência na efetividade das organizações, fazendo com que os tomadores de decisão tenham pouca ou nenhuma capacidade de diminuir o poder do ambiente (ASTLEY; VAN DE VEN, 1983). Para a orientação determinista, a mudança é uma consequência das restrições provocadas pela escassez de recursos, aliadas às normas do setor e à inatividade estrutural. De acordo com essa orientação, as atividades estratégicas de sucesso das empresas são muito similares e restritas ao fortalecimento e exploração de suas competências essenciais existentes (VOLBERDA; VAN DEN BOSCH, HEIJ, 2013).

Contribuindo para os estudos sobre mudança, Pettigrew (1987, 1992, 2002) propôs três dimensões integradas por meio das quais a mudança pode ser analisada: contexto, conteúdo e processo. O contexto está relacionado ao "porquê" da mudança, resulta da análise do ambiente interno e externo da organização. O conteúdo é o "o quê", ou seja, diz respeito às estratégias realizadas efetivamente, podendo estar relacionado ao equilíbrio das ações de exploração e de exploração. Já o processo é o "como" da mudança, a forma como ela acontece; é a face dinâmica e temporal da mudança estratégica. Nessa perspectiva, compara-se a visão do processo ao conceito de formação da estratégia (Mintzberg, 1978), que considera o percurso da organização e as diferentes maneiras que conduzem uma empresa para uma estratégia. Ao propor as três dimensões integradas, Pettigrew (1987, 1992, 2002) produz uma estrutura metodológica que possibilita uma abordagem integrada de análise, correlacionando diferentes variáveis pertencentes a cada uma das três dimensões.

Por fim, Pereira e Fonseca (1997) ressaltam que o processo de mudança pode provocar rupturas traumáticas, devido ao fato da aquisição e da manutenção da estabilidade, constituir uma forma vital para a sobrevivência institucional. Quanto maior a incerteza, mais ameaçadora será a mudança. A incerteza gera um nível de angústia que vai de encontro com a identidade do indivíduo. Neste contexto instável e dinâmico, a mudança torna-se a única certeza nas organizações.

Nesse contexto, as organizações de saúde de um modo particular, necessitam fazer face às exigências de uma sociedade em constante mudança. Exemplo disso são as profundas reformas que os sistemas de saúde público no mundo (CRUZ; FERREIRA, 2012), o Brasil incluído, têm sido alvo ao longo das últimas duas décadas. Estas reformas têm sido conduzidas por pressão de controle das despesas dos serviços de saúde, face ao rápido aumento dos custos, e pela necessidade de uma maior responsabilização perante os usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Portanto, neste estudo considera-se a mudança organizacional como: toda e qualquer modificação nos componentes organizacionais, ou seja, nas pessoas, no trabalho, na estrutura formal, na cultura, ou nas relações entre a organização e o seu ambiente, os quais podem resultar em pontos positivos ou negativos, para a eficiência e/ou à sustentabilidade organizacional. (LIMA e BRESSAN, 2003).

No que concerne à mudança organizacional em hospitais públicos universitários, essas instituições vêm passando por pressões de mudança desde 1990, quando aconteceu o processo de reforma do Estado, fundamentado por três diagnósticos: crise fiscal crescente; exaustão das formas protecionistas da economia e uma administração pública excessivamente burocrática e ineficiente, por isso, é difundida e estimulada a necessidade de mudanças com vistas à flexibilização administrativa e maior eficácia na administração pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006). Não obstante a isso, e com o objetivo de superar os problemas de ordem administrativa e financeira, os hospitais universitários vêm implantando modelos de mudança organizacional (QUEIROZ; CKAGNAZAROFF, 2010), como por exemplo, o modelo de contratualização de gestão, adotado pela UFES na administração HUCAM.



Nesse sentido, segundo Pires e Macedo (2006) o desenho da mudança organizacional nos hospitais universitários segue a mesma lógica das instituições privadas, porém há alguns aspectos que devem ser considerados: as organizações hospitalares são complexas, pelo alto nível de burocracia para o seu funcionamento; além de especificidades como o forte vínculo às rotinas, supervalorização nas hierarquias, paternalismo nas relações, apego ao poder, autonomia do trabalho dos especialistas, entre outras. Esses aspectos influenciam e interferem nos processos internos, nos valores e nas crenças organizacionais, na política de recursos humanos, nas inovações e nas mudanças em organizações hospitalares públicas (PIRES; MACEDO, 2006).

## 2.4 MUDANÇA VERSUS COMPLEXIDADE DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A literatura exalta as organizações hospitalares como sendo uma das mais complexas do mundo organizacional (ETZIONI, 1984; DUSSAULT, 1994, CECILIO, 1997; BITTAR, 1997). Suas especificidades advindas das características de seus processos (MINTZBERG, 1995), multiplicidade de interesses internos e externos envolvidos (ETZIONI, 1984), autonomia de seus membros (MINTZBERG, 1995), entre outros fatores, lhe conferem uma condição diferente e única se comparada a outros tipos de organização (BITTAR, 1997; LIMA, 1996).

A palavra complexidade pode conduzir também ao entendimento de algo complicado, de difícil entendimento (AGOSTINHO, 2003). Todavia, em termos teóricos como adotados neste estudo, o termo complexidade refere-se a um conjunto de especificidades que caracterizam alguns tipos de organizações – como hospitais, universidades, organizações públicas, museus e penitenciárias, por exemplo – como sendo complexas (ETZIONI, 1984). Em se tratando das teorias organizacionais, a potencial confusão relacionada ao entendimento deste conceito é explorada por Glouberman e Zimmerman (2002) e Glouberman et al (2006), os quais apresentam uma distinção entre “sistemas complicados” e “sistemas complexos”.

Sistemas “complicados” são definidos por Gouberman e Zimmerman (2002) e Glouberman et al (2006) como sendo constituídos de subconjuntos de vários elementos individuais relacionados, sequencialmente, de uma maneira *linear* e

*superficial*, cujas interações são limitadas e de fácil identificação. Já os sistemas “complexos”, caracterizam-se por *interações dinâmicas* entre os elementos do sistema de uma forma *não linear*, ou seja, há uma imprevisibilidade que emerge das interações entre as diversas partes envolvidas, originando padrões de difícil previsão entre causa e efeito (GLOUBERMAN; ZIMMERMAN, 2002; GLOUBERMAN et al, 2006; RICHARDSON, 2008).

No contexto hospitalar, tais especificidades, também são identificadas e decorrem do contexto organizacional e também social comum a estas organizações (CECILIO; MERHY, 2003). Segundo estes autores, o tratamento de um paciente depende do envolvimento de vários profissionais, ou seja, o atendimento recebido pelo paciente é produto de um grande número de pequenos cuidados que se complementam, explícita ou implicitamente, a partir da *interação* entre os vários profissionais, os quais possuem uma característica autônoma (ETZIONI, 1984). Trata-se, portanto, de uma complexa teia de ações, procedimentos, fluxos, rotinas, conhecimentos, diante de um processo de *complementação e disputa*, que compõem o cuidado na saúde.

Ainda que, tradicionalmente, a literatura explore o perfil e a influência do profissional médico como um dos grandes desafios na gestão de hospitais (ETZIONI, 1984; MINTZBERG, 1995; NEVES; MOTTA, 2002; SEIXAS; MELO, 2004; VENDEMIATTI et al, 2010), outras áreas de atuação profissional também fazem parte deste grupo, dentre eles, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, por exemplo. Corroborando com o apresentado, Shortell e Kaluzny (2006) consideram as organizações hospitalares únicas e diferentes em função de alguns elementos apresentados a seguir:

a) os resultados a serem alcançados por organizações hospitalares são de difícil definição e mensuração;

b) as atividades desenvolvidas são extremamente variáveis e mais complexas do que em outras organizações, porque apresenta, na maioria das vezes um caráter emergencial e inadiável, permitindo pouca ou nenhuma tolerância ao erro e à ambiguidade. As atividades desenvolvidas envolvem um alto grau de especialização, com a atuação de diferentes especialistas, exigindo uma grande interdependência

(autonomia) entre as atividades que são por eles desenvolvidas. Estas características exigem utilização de vários mecanismos de coordenação por parte da administração em relação aos diferentes grupos de profissionais especialistas;

c) as atividades dos agentes organizacionais são extremamente profissionalizadas – no sentido de especialização – e, fazendo com que a identificação destes profissionais seja maior com a sua profissão do que com a organização, propriamente dita;

d) a característica do produto e a dependência dos profissionais especialistas permitem apenas um fraco controle gerencial sobre os médicos, por serem os principais responsáveis pela geração de trabalho e de despesas;

e) em organizações hospitalares é comum identificar uma dupla linha de autoridade (autoridade burocrática e autoridade profissional), o que gera problemas de coordenação e autoridade.

Ainda segundo Shortell e Kaluzny (2006) as características apresentadas podem ser encontradas em outras organizações, mas, de forma muito isolada. Contudo, somente as organizações hospitalares as possuem todas ao mesmo tempo, o que lhes confere uma grande e particular complexidade.

Observa-se também com determinante de complexidade, que as organizações hospitalares constituem-se, predominantemente, em **organizações profissionais** (MINTZBERG, 1995). Isso ocorre devido ao seu funcionamento depender de especialistas, os profissionais responsáveis pela produção de seus serviços. Devido à especialização da maioria dos profissionais que compõem estas organizações, eles possuem grande autonomia nas atividades que desenvolvem, pois são os únicos que possuem as habilidades e o conhecimento necessários ao seu desenvolvimento e no julgamento de seu próprio trabalho (MINTZBERG, 1995).

Segundo Dussault (1992), a autonomia profissional tende a incentivar a segmentação em grupos, muitas vezes, representados por interesses divergentes dos demais grupos organizacionais. Há, portanto, uma tendência ao isolamento destes profissionais e, conseqüentemente, a um conflito de interesses de diferentes profissionais. Até mesmo em um mesmo grupo, como no caso dos profissionais

médicos, diferentes interesses e objetivos podem emergir, tendo em vista que as inúmeras subespecialidades, com seus diferentes grupos de especialistas médicos, tendem a abordar os problemas de saúde, enfática ou exclusivamente, a partir da perspectiva da subespecialidade em questão (DUSSAULT, 1992).

A autonomia presente nestas organizações alimenta ainda outro desafio aos seus gestores, segundo Mintzberg (1995). Trata-se da dificuldade de coordenação entre a estrutura profissional (representada por um “poder profissional”) e a administrativa (representada por um “poder burocrático”). Ou seja, convive-se com uma estrutura mais autônoma e liberal voltada aos “profissionais” (pelo poder e importância que têm no desenvolvimento de suas atividades profissionais), enquanto que os demais integrantes da organização seguem a estrutura administrativa tradicional (MINTZBERG, 1995). Essa característica resulta em duas estruturas administrativas “*separadas e paralelas*”, uma democrática, para os “profissionais”, especialistas, e outra mecanicista, para a equipe de suporte. A existência dessa segmentação entre administração e assistência, segundo o Mintzberg (1995), conduz ao surgimento de objetivos diferenciados e muitas vezes, ambíguos para a organização como um todo. Enquanto a assistência, com o objetivo de prestação de serviços, atua de acordo com os recursos considerados como necessários pelos profissionais, porém nem sempre disponíveis, a administração, está voltada para assegurar o funcionamento racional, ou seja, o equilíbrio e a sustentabilidade da organização como um todo (MINTZBERG, 1995, DESSAULT, 1992)

Em burocracias profissionais, como é o caso de hospitais, o núcleo operador detém, pelas razões mencionadas, grande parte do poder (MINTZBERG, 1995). O poder da alta gestão, bem como da gestão intermediária nesse tipo de organização é relativamente menor, se comparado com o de organizações não caracterizadas como profissionais. No entanto, seus gestores desempenham uma série de papéis que, indiretamente, lhes garantem algum poder. São eles os responsáveis em negociar soluções para as situações de conflito entre os profissionais especialistas, por exemplo. Também, são eles que, principalmente, estabelecem as interfaces com o ambiente, são os gestores, que lidam, negociam e mantêm interações com os “*stakeholders* externos” (MINTZBERG, 1995), como é o caso do Estado, agências reguladoras, doadores e a própria sociedade.

Não obstante, a multiplicidade de agentes com diferentes níveis de poder, de interesses e de envolvimento na organização hospitalar é outro desafio na gestão destas organizações (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). As implicações das características apresentadas na gestão de organizações hospitalares têm sido exploradas em vários estudos sobre o tema. Dentre eles pode-se mencionar Jarzabkowski e Fenton (2006) sobre organizações pluralistas. Também os estudos de Glouberman et al (2006), Gouberman, Zimmeman e Dooley (2002), Begun e Zimmerman (2000) sobre sistemas adaptativos complexos. McDaniel Jr (2007) e Pascucci e Meyer (2013) sobre estratégias em organizações hospitalares.

Além destas características que se fazem presentes nas organizações hospitalares como um todo, há ainda as especificidades adicionais inerentes aos hospitais públicos. No caso das organizações hospitalares que também são públicas, as características quanto ao seu funcionamento lhe conferem uma complexidade ainda maior e, portanto, influenciam e condicionam o processo de definição e implementação de objetivos organizacionais (LIMA, 1994). Segundo Motta (1989), partes dessas características contribuem significativamente para que o processo torne-se repleto de contradições e ambiguidades. Essas organizações, por fazerem parte da administração pública, tem por propósito uma função pública a cumprir, concebido como um dever de Estado em prestar serviços de saúde à população e assegurar, assim, os direitos a cidadania, ou seja, seus objetivos principais estariam voltados para o atendimento dos interesses e demandas públicas, além dos demais objetivos relacionados à sua natureza de atuação.

No entanto, observa-se que as organizações hospitalares públicas, apresentam um grau de dependência maior do que as organizações privadas, do ambiente sócio-político em que estão inseridas (DUSSAULT, 1992). Mesmo naquelas que possuem certa autonomia, existe sempre uma autoridade externa de algum nível de governo – federal, estadual ou municipal – da qual são dependentes ou vinculadas, inclusive e, principalmente, em relação ao seu financiamento. É o caso dos hospitais universitários públicos, por exemplo, que são vinculados as universidades federais, portanto, os objetivos dessas organizações são inicialmente fixados por uma autoridade externa (DUSSAULT, 1992), que possui reflexos no modelo de gestão destas organizações.

Não obstante, ainda segundo Dussault (1992), esses órgãos administrativos e políticos aos quais os hospitais públicos são vinculados normalmente apresentam instabilidade, descontinuidade de gestão e, por conseguinte, são incapazes de assegurar objetivamente metas de longo prazo. Todas as características apontadas tornam-se grandes limitadores na condução das atividades rotineiras em hospitais públicos, incluindo uma baixa racionalidade instrumental, manifestada pela pouca preocupação com a eficiência, tornando-se grande obstáculo quando da promoção de mudanças organizacionais (DUSSAULT, 1992; LIMA, 1996).

Em que pese, essas organizações e seus gestores enfrentam, no contexto brasileiro, uma situação generalizada de incoerência e indefinição de objetivos organizacionais, quer considerando as organizações em si, quer considerando o nível central ao qual estão vinculadas (Motta, 1985). A falta de autonomia dos gestores e, ao mesmo tempo, a autonomia dos profissionais que nela atuam são contradições desafiadoras. A ausência de autonomia no controle dos meios e processos dessas organizações, associada à indefinição generalizada de objetivos, contribui para que seus gestores, segundo Motta (1985), tenham dificuldades de responsabilização, ou seja, por um lado os gestores não tem conhecimento claro a respeito do que deve ser feito, e por outro, eles não tem o poder de decidir como fazer. Consequentemente, quaisquer ações desenvolvidas podem ser entendidas como satisfatórias, embora nem sempre contribuam para o aprimoramento dos processos, do desempenho, ou da qualidade requisitada pela sociedade. Tais características estão disseminadas por toda a organização, ou seja, cada setor organizacional acaba por direcionar seus esforços e sua atenção fundamentalmente para assegurar a sua sobrevivência (LIMA, 1996). Assim, segundo Motta (1985), observa-se nessas organizações uma inversão de prioridades entre fins e meios.

Essa situação confusa e ambígua se agrava mais ainda devido a essas organizações conviverem com o conflito entre a cobrança por serviços de qualidade, uma crônica limitação de recursos. Diante deste cenário em que se apresentam as organizações hospitalares de natureza pública, parece compreensível a proposta da NGP em apresentar mecanismos visando à eficiência de organizações públicas. A necessidade premente de novas normativas e da revisão do modelo de gestão de

organizações públicas na área de saúde tem originado políticas públicas específicas para estas finalidades (EBSERH, 2011).

Todavia, além das especificidades organizacionais de hospitais públicos há, ainda, fatores de outra natureza que influenciam nas mudanças necessárias a estas organizações. Um deles, destacado por Denhardt (2012) refere-se à cultura organizacional inerente a esfera pública. Trata-se segundo Souza Pires e Macedo (2005) no caso brasileiro, do burocratismo, da interferência política externa à organização, o autoritarismo centralizado, o paternalismo, a aversão ao empreendedorismo, e a descontinuidade da gestão, que leva ao reformismo projetos de curto prazo com conflitos de objetivos e gestão nem sempre profissionalizada.

Dessa maneira, segundo Motta (1985), esse conjunto de crenças, hábitos, valores, relacionamentos, alocação de poder, conhecimentos, tecnologia, atitudes e comportamento nem sempre esta em harmonia ou concordância com os valores da comunidade ou do sistema maior que acerca. Portanto, a cultura pode interferir na definição e ainda comprometer os resultados da implementação das mudanças organizacionais, na medida em que resistência a mudanças são significativas (BOLMAN, DEAL, 2003). Ainda que as características apresentadas evidenciem os desafios presentes na gestão destas organizações verifica-se, também, um esforço contínuo por parte do Estado em buscar mecanismos para promover mudanças que contribuam para a melhoria da eficácia dos hospitais públicos (REZENDE, 2009).

Na perspectiva de aprimorar a gestão dos hospitais universitários brasileiros, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por iniciativa do Governo Federal (BRASIL, 2011). Trata-se de uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, cuja finalidade é gerenciar os hospitais universitários do país. As principais diretrizes desta iniciativa destacam a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho, a reestruturação física e tecnológica e a qualificação da gestão orçamentária e financeira dos hospitais universitários federais (BRASIL, 2011; SOUZA; LITTIKE; SODRÉ; 2013). É a partir desta iniciativa do Estado que se desenvolve as bases para este estudo.

### 3 METODOLOGIA

Neste tópico são apresentados os procedimentos metodológicos que nortearão a presente pesquisa de mestrado, os quais forneceram elementos que darão sustentação ao desenvolvimento teórico e prático deste estudo, tanto de forma técnica quanto científica.

#### 3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

**Quais os fatores facilitadores e limitadores da implementação do modelo de gestão da EBSEH no Hospital Universitário Cassiano Antônio e Moraes (HUCAM)?**

##### 3.1.1 Perguntas de Pesquisa

As perguntas de pesquisa que conduzem o desenvolvimento deste estudo são apresentadas a seguir.

- Quais as características do processo de implementação do novo modelo de gestão no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) no período de abril de 2013 até março de 2016?
- Quais os fatores facilitadores do processo de implementação do modelo de gestão da EBSEH no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no período estudado?
- Quais os fatores limitadores do processo de implementação do modelo de gestão da EBSEH no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), no período estudado?



### 3.1.2 Definição das Categorias Analíticas

Definir termos e categorias de análise é atribuir-lhes um significado para facilitar a compreensão de sua utilização na pesquisa.

DIMENSÃO	CONCEITO	TIPOS DE ESTRUTURA	CARACTERÍSTICAS	MÉTODO
ESTRUTURAL	A estrutura de uma organização pode ser simplesmente definida como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas tarefas (MINTZBERG, 1995, p.10).	<b>Estrutura Simples</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- decisão centralizada</li> <li>- processos simples</li> <li>- ambiente dinâmico</li> <li>- comunicação informal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevistas</li> <li>- análise documental</li> </ul>
		<b>Estrutura Mecanizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- decisão relativamente centralizada</li> <li>- rotinização de processos</li> <li>- hierarquia formalizada</li> <li>- comunicação formal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevistas</li> <li>- análise documental</li> </ul>
		<b>Estrutura profissional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- decisão descentralizada</li> <li>- alta especialização</li> <li>- hierarquia profissional</li> <li>- comunicação informal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevistas</li> <li>- análise documental</li> </ul>

Quadro 3 - Síntese da Categoria Analítica Estrutural.

Fonte: Próprio autor.

DIMENSÃO	CONCEITO	TIPOS DE ESTRUTURA	PALAVRAS-CHAVE	MÉTODO
COMPORTAMENTAL	São as ações e atitudes que as pessoas apresentam dentro das organizações. (ROBBINS, 2009)	<b>Motivação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gratificação</li> <li>- Reconhecimento</li> <li>- Envolvimento</li> <li>- Punição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevistas</li> <li>- análise documental</li> </ul>
		<b>Liderança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transacional</li> <li>- Transformacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevistas</li> <li>- análise documental</li> </ul>
		<b>Comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação Formal</li> <li>- Comunicação Informal</li> <li>- Linguagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevistas</li> <li>- análise documental</li> </ul>
		<b>Grupos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valores compartilhados</li> <li>- poder</li> <li>- conflitos</li> <li>- multiplicidade de interesses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- entrevistas</li> <li>- análise documental</li> </ul>

Quadro 4 - Síntese da Categoria Analítica Comportamental.

Fonte: Próprio autor.

## 3.2 DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA

### 3.2.1 Delineamento e Etapas da Pesquisa

A atividade de pesquisa é empreendida no intuito de descobrir e construir novos conhecimentos. Nesse sentido, Teivinõs (1992), Merrian (1998), Richardson (1999) e Gil (2009) corroboram necessário desenhar ou projetar o caminho a ser seguido, uma vez que cada caminho tem por finalidade levar o investigador a alcançar respostas para determinado problema, mediante a utilização de procedimentos científicos, avaliando sempre as condicionantes colocadas pelo contexto dentro do qual se pretende trabalhar.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as diversas possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos. Suas complexas relações sociais estabelecidas em diferentes ambientes tornam esta abordagem, mais indicada para as investigações de perspectivas interpretativas ou críticas (MERRIAN, 1998). Ainda, segundo Merrian (1998) a pesquisa qualitativa envolve uma gama de técnicas e procedimentos interpretativos que procuram essencialmente descrever, decodificar e traduzir o sentido e não somente frequência de eventos ou fenômenos do mundo social.

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo teórico-empírico, de natureza qualitativa descritiva, *ex-post-facto* com avaliação transversal, no qual se utilizará de um método descritivo. O nível de análise será o organizacional e a unidade de análise o processo de implementação de um novo modelo de gestão na organização objeto de estudo.

No caso desta pesquisa, especialmente pelos objetivos estabelecidos, justifica-se a utilização do método qualitativo como forma de compreender o que decorrem de uma análise subjetiva dos dados e que não se limitarão apenas a implementação do novo modelo de gestão, mas também dos resultados por eles alcançados. A pesquisa objetiva, portanto, compreender o fenômeno de forma aprofundada e contextualizada, considerando os fatores facilitadores e limitadores do processo de implementação.

Entre as várias formas que a pesquisa qualitativa pode assumir, o método de investigação mais indicado para aplicação neste estudo é o estudo de caso único, que, segundo Yin (2005), permite ao pesquisador analisar profundamente uma determinada unidade. Ainda segundo o mesmo autor, trata-se de uma forma de realizar pesquisa que investiga, empiricamente, fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto real, principalmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidas, podendo o pesquisador se utilizar de múltiplas evidências para conduzir a coleta e a análise dos dados (YIN, 2005).

A pesquisa é descritiva, devido ao objetivo principal ser a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre as variáveis, o que exige do pesquisador uma série de informações (GIL, 2009). Segundo Richardson (1999), a pesquisa qualitativa descritiva, além de identificar e descrever o fenômeno, também se ocupa de caracterizá-lo e procura mostrar como ele verdadeiramente é. O Estudo utilizará o período de abril/2013 a fevereiro/2016, por tratar-se do momento entre a assinatura do contrato entre a EBSEH e UFES.

### 3.2.2 Procedimentos de Coleta de Dados

O esforço de coleta de dados foi realizado através de entrevistas individuais semiestruturadas e pesquisa documental. Como instrumento de coleta de dados primários, foram realizadas entrevistas com 16 indivíduos, integrantes do quadro funcional da organização. As entrevistas tiveram duração média de 35 minutos, foram gravadas e, posteriormente, transcritas para então serem analisadas. O objetivo das entrevistas tiveram por finalidade: a) identificar as características do processo de implementação do modelo de gestão da EBSEH no HUCAM/UFES no período de abril 2013 até março de 2016; b) identificar os fatores facilitadores do processo de implementação do modelo de gestão da EBSEH no HUCAM/UFES; e c) identificar os fatores limitadores do processo de implementação do modelo de gestão da EBSEH HUCAM/UFES e como esses fatores organizacionais influenciam nos resultados desse processo.

Salienta-se que a seleção dos indivíduos para fazer parte do corpus de entrevistas baseou-se na técnica bola de neve (snowball). Esta técnica é uma forma de amostragem não probabilística<sup>1</sup> utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais indicam novos participantes que por sua vez indicam outros participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o ponto de saturação). O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WHA, 1994).

As entrevistas individuais possibilitaram alcançar uma variedade de impressões e percepções que os diversos grupos, possuem em relação as variáveis de estudo. Conforme Richardson (1999, p. 160), “é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. É um modo de comunicação no qual determinada informação é transmitida”. A opção pela técnica de entrevista semiestruturada se deu em função de proporcionar ao entrevistador melhor entendimento e captação da perspectiva dos entrevistados, pois as entrevistas livres, ou seja, totalmente sem estrutura, onde os participantes da pesquisa falam livremente, “resultam num acúmulo de informações difíceis de analisar que, muitas vezes, não oferecem visão clara da perspectiva do entrevistado” (ROESCH, 1999, p.159).

A coleta de dados secundários se concretizou através de pesquisas no site da EBSEH e do HUCAM e demais documentos institucionais, que segundo Yin (2005), todas as informações documentais são relevantes a todos os tópicos de estudo de caso. Para complementar e enriquecer os dados, os documentos institucionais foram analisados, tendo em vista que esses documentos representam o sistema e a estrutura da organização (VERGARA, 2000). Os documentos analisados compreendem o Plano Diretor Estratégico (PDE), Plano de Reestruturação, Contrato EBSEH/UFES, Relatórios do Tribunal de Contas da União, Boletins de Serviços, assim como outros documentos informativos.

### 3.2.3 Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados

Para analisar os resultados deste estudo foi utilizada a técnica de análise de conteúdo para os dados primários e os dados secundários através da análise documental.

Segundo Bardin (2009, p.44) entende-se por análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Esta técnica propõe analisar o que é explícito no texto para obtenção de indicadores que permitam fazer inferências (BARDIN, 2009).

Após uma primeira leitura das entrevistas, propôs-se codificar (salientar, classificar, agregar e categorizar) trechos das entrevistas transcritas, que passamos a apresentar em forma de tabela. Na coluna Categoria foram agregados os dois grandes temas da entrevista: 1. Dimensão Estrutural 2. Dimensão Comportamental. Na coluna Unidade de Registo encontram-se os fragmentos de texto que se tomam por indicativo de uma característica (aqui, subcategoria e categoria). Por fim, na coluna Unidade de Contexto encontram-se os fragmentos do texto que englobam a unidade de registo e que, assim sendo, contextualizam a respetiva unidade de registo no decurso da entrevista.

### 3.2.4 Organização estudada

Os Hospitais de Ensino são muito antigos. A partir do século XX, o objetivo dessas instituições foi aumentando, tornando obrigatório o vínculo com faculdades de medicina. A maioria dos Hospitais Universitários são mantidos por verbas públicas, sendo caracterizados como centro de atendimento de alta complexidade, tornando-se referencia na região em que atuam (MEDICI, 2001).

O Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), é referência no Espírito Santo para o atendimento em várias especialidades. Destaca-se como centro de referencia para diagnósticos e tratamento de AIDS, Tuberculose

Multiresistente, Transplante Renal, Cirurgia Geral e Cardíaca, Terapia Intensiva Neonatal e de Adulto e outros atendimentos de maior complexidade. O HUCAM é o hospital escola da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), criado em 20 de dezembro de 1967 por meio de um acordo entre a UFES e o Governo do Estado que cedeu a área até então destinada ao Sanatório Getúlio Vargas. Nascia então, o Hospital das Clínicas da UFES, um sonho acalentado por professores e estudantes do curso de medicina da instituição. Ao longo de sua história o HUCAM transformou-se no referencial para o ensino e pesquisa em ciências da saúde, destacando-se também, pela qualidade da assistência oferecida à população do Espírito Santo. Sua abrangência cobre além, do Espírito Santo, regiões circunvizinhas dos estados da Bahia e Minas Gerais, sendo grande o fluxo de pacientes dessas regiões que buscam atendimento no HUCAM.

Os números indicam que anualmente, o HUCAM realiza cerca de 10 mil internações, seis mil cirurgias, 1, 5 mil partos, 200 mil consultas ambulatoriais, 15 mil atendimentos de urgência e 250 exames laboratoriais de análises clínicas.

A escolha justifica-se por ser considerado o maior hospital da rede pública de saúde do Estado e pela alta relevância da instituição no contexto social em que está inserido, bem como pelo fato de que esse Hospital, por meio de contrato assinado em abril de 2013, o HUCAM passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública vinculada ao ministério da educação, criada pelo governo federal com a finalidade de gerenciar os hospitais universitário do país.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste tópico são apresentados os resultados do estudo empírico, os quais foram estruturados de acordo com os objetivos específicos estabelecidos.

### 4.1 MUDANÇA IMPLEMENTADA SOB O PONTO DE VISTA ESTRUTURAL

Em termos da dimensão estrutural as principais características encontradas que tiveram destaque nos resultados foram: a escassez de recursos, as questões de infraestrutura e a burocracia. Nesse sentido, observou-se que o HUCAM foi altamente influenciado e sofria dificuldades devido a: modelo administrativo burocrático, escassez de recursos humanos e financeiros, a infraestrutura física antiga e precária. Tais elementos foram preponderantes na implementação do modelo da EBSERH, com impactos significativos para adoção desse novo modelo de gestão.

Os principais resultados segundo o ponto de vista da análise da dimensão estrutural para implantação do modelo, são apresentados no quadro 5.

Dimensão	Características HUCAM	Mudanças Objetivadas (1)	Desafios
<b>Estrutural</b>	Escassez de recursos Humanos.	Dimensionar o quadro e recompor a força de trabalho.	Gerenciar os diferentes regimes trabalhistas dentro da organização.
	Escassez de recursos Financeiros.	Aporte de recursos financeiros.	Aprimorar a gestão financeira e repactuar contratos com gestores de saúde.
	Infraestrutura física antiga e precária.	Abrandar as deficiências da estrutura física.	Priorizar as melhorias com o hospital em funcionamento, com recursos escassos.
	Modelo administrativo burocrático.	Profissionalização dos processos gerenciais.	Alcançar o cumprimento de metas e objetivos, apesar da autonomia dos profissionais de saúde.
	Rotina de trabalho mecanizada e inadequada ao contexto dinâmico hospitalar.	Redesenho dos processos de trabalho e criação de protocolos.	Superar a ineficiência gerada pela burocracia e autonomia profissional.
	Hierarquia centrada nos corpos funcionais (direção clínica, de enfermagem e administrativa).	Divisão de papéis de forma horizontalizada e descentralizada.	Administrar o trabalho das equipes organizadas em unidades de trabalho.

Quadro 5 - Características estruturais do HUCAM versus objetivos e desafios ao processo de mudança.

Fonte: Dados da pesquisa.



Conforme identificado no quadro 5, destacou-se a questão relacionada a escassez dos recursos humanos. Observou-se que o problema crônico de recursos humanos que atingia o HUCAM, era resultado da falta de reposição de pessoal, que impactava em utilizar grande parte de sua verba de custeio para a contratação de pessoal terceirizado. Conforme relatado por dois dos entrevistados.

[...] Então, o hospital estava numa situação de não ter condição de funcionamento, porque a ele não era permitido a contratação e a terceirização como nós fazíamos também foi questionada pelo Tribunal de Contas e pelo Ministério Público. Chegamos inclusive a ter um termo de ajuste com o Ministério, que permitiu a terceirização por um determinado período (Relato da entrevista – E1).

[...] Eu já estou aqui há 20 anos e o que a gente vinha acompanhando é uma decadência do hospital universitário a cada ano que se passava, as pessoas iam se aposentando, não havia reposição. Pra se remediar isso, o uso de contratos precários, de formas inadequadas para a legislação e isso vinha cada vez mais sucateando e diminuindo a nossa importância do hospital universitário na saúde do Espírito Santo (Relato de Entrevista - E10).

Nesse sentido, destacaram-se duas ações adotadas pelo novo modelo para à reestruturação da força de trabalho do HUCAM/EBSERH. A primeira foi a realização do dimensionamento de pessoal com objetivo de adequar a mão-de-obra para melhoria e ampliação do funcionamento do hospital. E a segunda, a realização de um concurso público, de profissionais sob regime celetista em substituição aos trabalhadores precarizados, que pode ser constatado com o relato de dois dos entrevistados:

[...] O nosso hospital passou a ter um quadro de 1.700 servidores. Naquelas contas que o Ministério da Saúde, o MEC fez do HUCAM, com as necessidades e o tamanho que era proposto para o nosso hospital, então naquele momento nós tivemos uma autorização de contratação e isso já foi incrível, uma solução naquilo que era o nosso principal problema, que era de não termos pessoal suficiente para dar conta das necessidades do serviço. (Relato da entrevista – E3).

[...] Então a universidade foi levada, por essas circunstâncias a fazer um contrato de gestão do hospital com a Ebserh. O que significou isso numa perspectiva de melhoria do hospital? A possibilidade de contratação de 879

novos servidores. Os 879 novos servidores suprimiam aquele quadro de terceirização de gestão (Relato da entrevista – E3).

Contudo, a ação desenvolvida de contratação de servidores acarretou um desafio, administrar dois grupos diferentes de regimes trabalhistas. A partir da reposição da sua força de trabalho, o HUCAM/EBSERH passa a apresentar em seu quadro funcional, trabalhadores amparados pelo Regime Jurídico Único - RJU e os regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Como pode ser observado pelos relatos dos entrevistados:

[...] você tem dois grupos grandes, que são grupos fortes: você tem o RJU e você tem, do outro lado, o celetista (Relato de entrevista – E8).

[...] Assim, hoje em dia a gente tem uma grande diferenciação assim, é ter dois vínculos dentro da UFES. Hoje em dia temos o RJU e o celetista. E o que a gente vê é que a gestão é bem dividida, pra RJU e pra celetista. (Relato de entrevista – E10).

Dessa maneira, evidenciou-se que a forma de contratação dos trabalhadores pelo regime celetista priorizou a recomposição da força de trabalho do HUCAM/EBSERH, ou seja, levou-se em consideração às necessidades em termos de quantitativos de profissionais, olhando para o conjunto, com o objetivo de assegurar a prestação dos serviços de saúde. Porém, é possível compreender que essa ação acarreta possíveis conflitos de interesses dentro do hospital, os quais se destacam: os direitos, benefícios e deveres, e as políticas salariais diferenciadas entre os servidores dos dois diferentes regimes trabalhistas, em um ambiente que visa o alcance do mesmo fim. Conforme observado pelo relato dos entrevistados:

[...] nos estamos trabalhando com dois grupos de funcionários públicos [...] (Relato de entrevista – E8).

[...] Então são grupos, eu vejo basicamente conflitos que estão atrelados às políticas mesmo que cada um tem da sua jurisdição de trabalho. O RJU, por exemplo, está pautado num regime onde ele tem alguns benefícios. O celetista está em outro regime, onde ele tem os benefícios dos acordos coletivos. E na ponta, na hora em que se está trabalhando, todos estão trabalhando no mesmo lugar, de uma forma igual. (Relato de entrevista – E9).

Outro ponto de destaque apresentado no quadro 5, está relacionado a escassez de recursos financeiros. Constatou-se que mesmo após a implantação do novo modelo, o orçamento do HUCAM/EBSERH continua utilizando recursos públicos originários do orçamento do MEC repassado pela UFES, para pagamento dos servidores estatutários (RJU) e do Ministério da Saúde, por meio do SUS, para o desenvolvimento de suas atividades assistenciais. Como pode ser observado pelo relato de um dos gestores:

[...] nós temos o orçamento global do hospital que gira em torno de 180 milhões. 100 milhões é folha de pagamento, vem toda do MEC e 80 milhões são custeios, pagamentos de contratos, insumos, materiais de medicamentos. [...] Esses 80 milhões eu teria que tirar da contratualização que eu faço com a secretaria de saúde que viria do dinheiro da saúde. Só que o hospital, pela perda de capacidade, pelo fechamento de leitos, pelo não planejamento de leitos de UTI, ele consegue fechar com a secretaria um contrato em torno de 54 milhões. Então tem um déficit aí de 25 milhões por ano pra correr atrás, através de recursos que vêm de complementação pagos pelo MEC e pelo Ministério da Saúde pelo programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários, que é o REUF (Relato de entrevista E2).

Conclui-se, portanto, que o novo modelo de gestão do HUCAM/EBSERH não alterou a dinâmica de remuneração dos serviços prestados pelo hospital, que é atrelada a cada procedimento médico efetuado através de uma tabela (tabela SUS).

Analisando esse contexto, percebeu-se que a deficiência financeira, além de estar relacionada à utilização de grande parte de sua receita com custeio da folha de pagamento, também pode ser creditada a outros dois fatores. O primeiro relacionado à desativação dos leitos e dos serviços que acarreta uma diminuição dos recursos necessários para o funcionamento do hospital. O segundo está na forma de remuneração dos serviços prestados junto ao órgão gestor de saúde. Esses serviços são remunerados segundo valores fixos e não pelos custos dos procedimentos (BITTAR, 2002), e essa tabela de remuneração por procedimento do SUS encontra-se defasada, sendo, portanto, incapaz de cobrir os custos dos procedimentos, que crescem de forma constante, conforme relatado pelos entrevistados.

[...] A principal dificuldade que é encontrada ainda hoje é o problema de financiamento. Precisa urgentemente trabalhar a questão da revisão da

tabela SUS, que é uma tabela muito deficitária, boa parte dos procedimentos possui margem de contribuição negativa, ou seja, eles entram como prejuízo e pior, o hospital escola, diferente dos filantrópicos, a gente não tem como tratar um perfil assistencial que seja bom financeiramente, porque a gente é formador de mão-de-obra. Então eu acho que esse é um dos principais desafios pra ver no sentido de ter um financiamento próprio para aquele hospital escola, pra determinados procedimentos que a gente tem que ter e não posso abrir mão desses procedimentos (Relato de entrevista E1).

[...] a única fonte de recursos do hospital é a contratualização do governo, que é o SUS. E a tabela SUS tem o preço defasado [...] a nossa remuneração não atinge os nossos custos de custeio. O que a gente recebe hoje não é o suficiente pra manter o hospital saudável (Relato de entrevista E6).

Faz-se necessário pontuar, através de evidências dos dados analisados, a interligação entre deficiência de recursos financeiros e estrutura física. Identificou-se que reestabelecer a capacidade instalada com a reativação de leitos e de alas que estavam desativadas (por exemplo, o pronto-socorro) do HUCAM/EBSERH impactam na melhoria da sua condição de financiamento junto ao órgão gestor de saúde. Conforme atestado pelo relato de um gestor:

[...] Então qual é o dever de casa que o HUCAM tem que fazer? É tornar-se um hospital com saúde financeira, ou seja, ser capaz de produzir aquilo que ele precisa para não passar dificuldades que estamos passando agora no final do ano, sem recursos para poder pagar nossos contratos, sem recursos para poder pagar a nossa compra de insumos, que vai repercutir no atendimento no final do ano e no início de janeiro. E pra isso a gente tem que abrir leitos de UTI, tem que melhorar nosso contrato com a secretaria, prestar mais serviços. Mesmo que a secretaria chegasse pra mim hoje e falasse: Eu quero comprar 80 milhões em serviços com você. Eu não consigo fazer essa entrega, não tenho infraestrutura pronta pra poder fazer isso. Então vamos abrir mais 10 leitos de UTI pediátrica, vamos planejar abrir mais 20 de UTI, daqui a cinco anos acho que o hospital consegue ter saúde financeira (Relato de entrevista E2).

Nesse sentido, os dados analisados demonstraram que ações tomadas pelo HUCAM/EBSERH buscam trazer a sustentabilidade financeira e melhoria da infraestrutura do HUCAM/EBSERH, dentre elas pode-se destacar: criação da área de Engenharia Clínica, Plano de Manutenção corretiva, preventiva e preditiva para

todos os itens de infraestrutura e do parque tecnológico, dentre outras. Tais ações podem ser verificadas nos relatos a seguir:

[...] o parque tecnológico hoje tem manutenção através da Engenharia clínica, [...] A recuperação das áreas físicas e um planejamento de obras, então hoje nós temos uma empresa contratada que faz as obras, estamos licitando a obra do centro cirúrgico [...] estamos finalizando a licitação da rede elétrica do hospital, nós tínhamos várias obras paradas, da farmácia, nutrição, vamos fazer os projetos dessas obras que estavam paradas pra licitar durante o ano de 2016 (Relato de entrevista E2).

[...] Hoje a gente tem uma equipe de Engenharia Clínica que dá suporte para os equipamentos do hospital. A gente tem contratos com empresas terceirizadas pra manutenção. Hoje a gente tem um corpo profissional, que se não atende totalmente, pelo menos hoje ele é nosso (Relato de entrevista E10)

Segundo o Plano Estratégico do HUCAM/EBSERH datado de 2014, o hospital tem grande parte de suas instalações físicas e equipamentos antigos e precários, constituindo-se em condições desfavoráveis à modernização da instituição, que chega à obsolescência física e funcional na maioria dos casos. Conforme relatado por dois dos entrevistados:

[...] Nós também temos um problema que nós estamos em um prédio muito antigo, a nossa área física tem muitas inadequações. E isso acaba também dificultando a implementação de muitas medidas que precisam ser feitas. [...] é um prédio muito velho, muito inadequado, você reforma mas está sempre velho (Relato de entrevista E10)

[...] os nossos aparelhos são aparelhos mais antigos, mas quando nós entramos a gente estava com praticamente todos os contratos de manutenção vencendo ou vencidos (Relato de entrevista E8).

Dessa forma, estes fatores tornam-se grandes obstáculos para se adequar as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, conforme atestado pelo Plano Diretor Estratégico do HUCAM/EBSERH de 2014:

[...] É impossível ao HUCAM adequar-se às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quando se atenta à sua estrutura física. Os

setores localizados no prédio antigo, da década de 50 (Maternidade, Clínica Cirúrgica, por exemplo), apresentam corredores e portas estreitas, pouca iluminação e ventilação, sem opção de rampas ou acessos para desocupação em caso de incêndio, onde o fluxo de pacientes em macas ou cadeiras de rodas disputa espaço com o transporte de lixo hospitalar.

[...] Há décadas ocorre investimento de reformas no espaço físico do hospital, mesmo que insuficientes, porém nunca conseguem resolver os problemas definitivamente, pois todo alicerce de paredes, cabeamento elétrico, rede hidráulica, sanitária, telhado foram construídos numa época com poucos recursos de engenharia.

Revelou-se que essas ações, por sua vez, demandam uma mudança significativa no modelo de gestão, conforme atestado por Cherchiglia e Dallari (2006), ou seja, é necessária uma mudança do modelo administrativo burocrático ineficiente, profissionalizar a gestão e redesenhar os processos de trabalho (CECILIO, 1997; ARAUJO, 2010). Essa percepção pode ser observada pelo relato de um dos gestores e pelas conclusões expostas pelo Plano Diretor Estratégico do HUCAM/EBSERH de 2014

[...] tivemos gestões que fizeram todo esforço anterior, mas tínhamos digamos assim, um estandarte da governabilidade aqui que se esgotou. (Relato de entrevista E5)

[...] Ao longo da sua história, evidenciou-se no HUCAM a escassez de profissionais especializados em Gestão Hospitalar, em razão dos baixos investimentos em capacitação profissional, assumindo a lógica predominante dos demais hospitais universitários federais. Sua gestão acontecia por meio do improviso, sem um conjunto de técnicas essenciais ao aperfeiçoamento da sua eficiência, eficácia e efetividade administrativa e assistencial. Paralelamente, o escasso planejamento da gestão comprometeu as políticas de longo prazo no que tange a administração financeira, processos de trabalho, gestão da qualidade, sistematização administrativa e ambiente interno institucional (Plano Diretor Estratégico do HUCAM/EBSERH)

Nesse sentido, observou-se nos relatos dos entrevistados, que a implementação do novo modelo de gestão do HUCAM/EBSERH, vem sendo pautado em ações orientadas para a melhoria do desempenho, a busca da eficiência no intuito de evitar os desperdícios e má utilização dos recursos dos hospitais universitários, características dos preceitos da NGP (ARAÚJO, 2010). Com efeito,

espera-se que a aplicação de metodologias e instrumentos de gestão incentive a qualificação profissional, que fica claro a partir dos relatos:

[...] a Ebserh vem apostando muito na questão da capacitação e da profissionalização da gestão (Relato de Entrevista E2).

[...] o hospital está investindo na capacitação dos gestores e que automaticamente a gente já reflete na entrega dos servidores. [...] O ano passado a gente reuniu 70 servidores da gestão e teve um curso de cinco dias com a Fundação Dom Cabral e que foi altamente voltado pra gerenciamento de crise, gestão de pessoas, fluxo de trabalho. E isso é fundamental (Relato de entrevista E6).

Observou-se que as ações de capacitação promovidas aos gestores pelo HUCAM/EBSERH, tem objetivado estruturar um sistema gerencial aplicável aos seus processos de trabalho, para coordenar ações e resultados, a eficiência e qualidade de atendimento aos seus clientes. Ou seja, inserir no HUCAM/EBSERH metodologias de gestão utilizadas em empresas privadas, adaptadas para as organizações públicas, revelando ações orientadas para resultados (DENHARDT, 2012).

Tal situação está presente no novo arranjo organizacional implantado, que muda de uma estrutura verticalizada, com linhas de comando hierarquizadas em seis eixos, que se mostravam insatisfatórios, para uma estrutura horizontalizada e descentralizada focada em três gerências: atenção à saúde, ensino e pesquisa e administrativa, que se subdividem no núcleo operacional em sete divisões, quatorze setores e quarenta e três unidades (Plano Diretor Estratégico do HUCAM/EBSERH, 2014). A promoção dessa mudança, expressa uma maior fragmentação, coordenação e responsabilização do trabalho, além da inclusão de novas unidades funcionais que não existiam anteriormente, com implicações no processo decisório, que passa a ser repartido pelos níveis mais baixos do hospital, permitindo que os níveis hierárquicos participem de partes ou de todo o processo decisório (MINTZBERG, 1995). Conforme atestado pelo relato dos entrevistados:

[...] Então ela deixa de ser aquela estrutura verticalizada e ela passa a ser estabelecida por meio de responsabilidades, divisão de responsabilidades. [...] Quando você pega a estrutura nossa você tem o superintendente, você

tem uma estrutura de apoio, você tem as gerências, a gerência administrativa-financeira, a gerência de ensino e pesquisa e a gerência de atenção à saúde. Aí elas se desdobram nas divisões, algumas com desdobramentos em setores e algumas têm desdobramentos em unidades. Então sem fazer a leitura de cima para baixo, a leitura que a gente tenta perseguir hoje é horizontalizada, uma estrutura sistêmica. (Relato de Entrevista E1).

[...] A criação também de estruturas que não existiam antes, então hoje o hospital tem assessoria jurídica própria, tem assessoria de comunicação, tem um setor de engenharia clínica, tem um setor de infraestrutura, então você tem uma estrutura mais completa do ponto de vista pra gestão do hospital (Relato de Entrevista E2).

Notou-se no relato dos entrevistados duas situações que corroboram com Mintzberg (1995). A primeira consiste na ideia de que, apesar de não mostrar os relacionamentos informais, a clareza do organograma tem como função retratar fielmente a divisão do trabalho, as posições que existem na organização, como estas são agrupadas em unidades e como a autoridade flui entre elas. A segunda situação demonstra que a subdivisão do núcleo operacional do hospital em unidades, revela uma organização plana, na qual a supervisão direta não se torna um mecanismo-chave de coordenação, mas aponta uma padronização das habilidades, tão caracterizada nas organizações profissionais (MINTZBERG, 1995).

A reformulação do organograma apresentou-se como um fator positivo, no sentido de que demonstrou a necessidade de reorganização administrativa do hospital e contribuiu para a implementação de planos, bem como a alocação de pessoas e recursos para as tarefas que precisam ser desenvolvidas. Isso pode ser atestado pelo relato de um dos entrevistados:

[...] Hoje tem um corpo, tem uma estrutura, tem preocupações, tem ações, tem processos... o hospital hoje funciona não mais na cabeça das pessoas, mas se busca a implantação de protocolos clínicos, de manejo de situações por toda a coletividade, não mais por iniciativa de alguém. Tudo isso é embrionário ainda (Relato de Entrevista – E4).

Evidenciou-se que a reformulação do organograma e a profissionalização e capacitação dos gestores nos aspectos gerenciais do HUCAM/EBSERH, vêm



exercendo influência nas ações e decisões realizadas, contribuindo de modo significativo com a organização. Essa situação pode ser verificada pelo relato de dois gestores:

[...] Eu já estava aqui antes e estou hoje, nesses dois anos eu posso falar com certeza que o hospital evoluiu muito em matéria de organização, em matéria de processo de trabalho, de escrever processos de trabalho. [...] Então os processos não estavam escritos, essa informalidade imperava em todas as áreas (Relato de entrevista – E10).

[...] o grande impacto que a gente teve aqui foi a regulação, que antes não existia nenhum controle (Relato de Entrevista E7).

Constatou-se que a informalidade e deficiência no controle relatada pelos entrevistados vêm sendo superada pelo novo modelo de gestão HUCAM/EBSERH. Os dados da pesquisa corroboram com Motta (1985) ao identificar ações, em diferentes medidas, visando melhorar a qualidade do processo de gerenciamento, a definição das responsabilidades, atribuições e resultados esperados, com a atuação efetiva da estrutura gerencial e de fóruns de colegiados internos, com o objetivo de administrar com maior eficiência e rapidez as demandas das unidades operacionais. Essas ações são destacadas pelos relatos dos entrevistados:

[...] quando a gente estabelece protocolos e tenta se aproximar dos processos de trabalho com modelos de referência, que é feito quando a gente trabalha com modelos de gestão pra tentar simplificar os processos, qualificar os processos pra gente ter todos os resultados (Relato de entrevista – E1).

[...]. Hoje eu sou chefe do setor de administração [...] Mas olha só, o que era responsabilidade minha como chefe de seis setores, seis unidades, hoje está distribuído a seis pessoas responsáveis diretamente e que recebem uma função de confiança. Então olha só como é que mudou: uma coisa que era responsabilidade exclusiva minha, hoje nós temos outras pessoas que têm a capacidade técnica e estão focadas pra resolverem aquela situação em cada unidade (Relato de entrevista – E6).

[...] Cada unidade tem um colegiado gestor, onde estão incluídos funcionários, onde são discutidos os problemas da unidade e ali são levantados tanto os problemas, como as soluções pelos próprios funcionários da unidade. (Relato de entrevista – E10).

Nos relatos citados, ficou evidenciado que a nova gestão dos serviços hospitalares dentro do HUCAM/EBSERH é resultado de uma estrutura organizacional com seus mecanismos de controle, linhas de comando, regras escritas e formalizadas. Assim, pode-se inferir que a implantação de protocolos, procedimentos e novos processos de trabalho foram ações tomadas com o objetivo de aumentar a eficiência dos processos e a coordenação entre as instâncias e as pessoas que vão desempenhar as tarefas. Os relatos dos entrevistados atestam essas ações.

[...] a gente está implantando vários protocolos, no momento em que você implanta um protocolo, tem mais problema pra ti. [...] A gente está tentando trabalhar dentro da enfermagem com a sistematização da enfermagem, da assistência da enfermagem. O que é isso? É trabalhar dentro de um protocolo que já tem gente que vem trabalhando com isso, já foi criado em 1970 e a gente vem tentando trabalhar (Relato de entrevista – E8).

[...] nós implantamos protocolos clínicos, que é uma forma padronizada de atendimento. Quando você tem uma padronização de protocolo, aquilo é uma melhor prática que foi discutida, a gente as vezes têm modelos de outro lugar, mas faz uma adaptação pra nossa realidade, de qual vai ser a melhor forma de atendimento daquela linha, daquele paciente, daquele perfil (Relato de entrevista – E10).

Contudo, a adoção de protocolos de atendimento, gerenciamento de leitos e pacientes, gerenciamento de filas, redesenho dos fluxos internos e externos que padronizam as ações em saúde realizadas dentro do HUCAM/EBSERH, concorre, em alguma medida, com o poder da autonomia profissional, ao exercer um controle sobre suas atividades. Isso se confirma através do relato de dois entrevistados.

[...] Antes, quem fazia a regulação dos leitos eram os médicos e alguns deles professores. Hoje quem faz a regulação é o NIR – Núcleo Interno de Regulação (Relato de entrevista – E10).

[...] Então o entendimento de bater ponto, que tem que fazer hora de almoço, isso é um conflito principalmente com a área médica (Relato de entrevista – E10).

[...] Pra nós não tem diferença entre as categorias, existe um regime e existe uma necessidade que a lei impõe, que é o registro do controle de ponto.

Então assim, o que as vezes as pessoas colocam é exatamente a rigidez. . Cadê o doutor fulano? Ah, ninguém sabe, ninguém viu. Agora não, ele tem que ter um setor, ele tem que dar uma satisfação, ele tem que cumprir uma série de visitas (Relato de entrevista – E4).

Essas ações de controle implementadas pelo modelo de gestão HUCAM/EBSERH, mostrou-se como fator positivo ao contribuir para uma efetiva organização das atividades dentro do hospital, apresentando resultados satisfatórios segundo um dos gestores entrevistados.

[...] os resultados são evidentes, assim que a gente chegou aqui no hospital, logo no iniciozinho da contratualização com a Ebserh, universidade e a empresa, a gente tinha uma taxa de ocupação de cerca de 56 % da taxa de ocupação dos leitos, hoje chega a 80, 85 % da taxa de ocupação aqui do hospital. A gente tinha uma taxa de abastecimento de produtos pra saúde cerca de 40, 50, 60 %, trabalhava-se na gestão da falta. Hoje a gente consegue alcançar níveis de 97 % de abastecimento do hospital. Pra gente é um nível bastante confortável e isso foi por meio de medidas que a gente adotou pra trabalhar com mais economicidade, protocolo de utilização de antibióticos e isso a gente conseguiu manter a qualidade da assistência com menos recursos (Relato de entrevista – E1).

Contudo, essas melhorias administrativas que deram maior ênfase à formalização e controle dos processos para garantir a sua eficácia, podem não alcançar resultados esperados (MINTZBERG, 1995; BOLMAN; DEAL, 2003). O fato é que, em organizações hospitalares como o HUCAM/EBSERH, a variabilidade das atividades desenvolvidas são mais complexas que em outras organizações, ao apresentar um caráter emergencial e inadiável, exigindo uma grande interdependência entre os diversos especialistas (SHORTELL; KALUZNY, 2006).

Isso ocorre porque o controle sobre as atividades dos operadores especialistas esbarra em várias dificuldades como: a imprevisibilidade e a incerteza de suas atividades, e a pluralidade de profissionais, que são característicos das organizações hospitalares (MINTZBERG, 1994, PASCUCI e MEYER, 2013). Em organizações hospitalares como o HUCAM/EBSERH, o trabalho dos profissionais especialistas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e demais trabalhadores da saúde) possuem características que fogem ao controle da área administrativa, com

suas normas e regulamentos, e a mensuração dos resultados não podem ser facilmente padronizados pelos sistemas de planejamento e controle (MINTZBERG 1995).

Consequentemente, conviver com a autonomia profissional que se origina da prática da saúde, tanto nos seus aspectos “positivos” (curar doenças e salvar vidas) como “negativos” (resistência à padronizações, normas e rotinas de serviço) são verdadeiros desafios para os gestores do HUCAM/EBSERH, e todas as organizações hospitalares tanto públicas quanto privadas (MINTZBERG, 1995). Outro desafio que se faz presente nessa nova realidade do modelo de gestão HUCAM/EBSERH, consiste na coordenação da atuação de uma complexa equipe multiprofissional que esteja comprometida com o cumprimento da missão assistencial (MINTZBERG, 1995).

Entendeu-se através dos dados da pesquisa, que a implantação de colegiados gestores objetivou fugir das linhas de especialidades tradicionais, que agem como unidades isoladas, com equipes que nunca ou quase nunca se comunicam ou compartilham informações (PORTER; TEISBERG, 2006). Essa ação permite à construção de um ambiente organizacional que incentive as equipes multiprofissionais dentro do HUCAM/EBSERH a agirem tecnicamente como facilitadores da melhoria na qualidade do serviço prestado (Plano Diretor Estratégico do HUCAM/EBSERH). Isso se comprova pelo relato de um gestor:

[...] A proposta da Ebserh é que as unidades sejam gerenciadas por uma chefia, mas as principais, vamos dizer assim, a principal organização se dê dentro do chamado colegiado gestor. Então ali você tem a representação de todas as categorias e existe uma periodicidade pra funcionar. Então assim, quando a coisa é genérica ou é geral, é ali que é debatido (Relato de entrevista E4)

Porém, lidar com uma múltipla divisão do processo de trabalho no hospital, com as assimétricas “cotas” de poder associadas aos distintos conhecimentos e aos vários lugares institucionais, torna-se um grande desafio. Assim, desenvolver uma visão de integração na gestão tende a melhorar o atendimento às demandas e necessidades internas do HUCAM/EBSERH.

[...] Cada unidade tem um colegiado gestor, onde estão incluídos funcionários, onde são discutidos os problemas da unidade e ali são levantados tanto os problemas, como as soluções pelos próprios funcionários da unidade. Quer dizer, os problemas e as soluções vão ser debatidos com as pessoas no dia-a-dia e aí se socializam as atividades (Relato de entrevista E10).

Pode-se ainda mencionar que pela a análise das entrevistas, a adoção dessa ação, ainda não se tornou compreendida pelos atores dentro do hospital.

[...] Bom, a gente tem trabalhado com o colegiado gestor, então dentro do colegiado gestor essa é uma grande mudança. A gente tenta trabalhar com um representante pelo menos de cada categoria desse colegiado gestor. É fácil? Não é fácil. Aí a gente precisa estar forçando, forçando, pra que eles coloquem as suas demandas. Principalmente a gente vai ter ali o médico, a gente vai ter o enfermeiro, é importante que a gente tenha um representante do nível médio, são os técnicos (Relato de entrevista – E8).

Vale ressaltar que pelo relato do entrevistado, esta não adesão quase nunca assume a forma de confronto, mas de um silencioso boicote, uma espécie de resistência pacífica que resulta em eficaz arma contra as mudanças pretendidas pelos gestores. Tal situação confirma as especificidades das organizações hospitalares com a sua pluralidade de atores, aspectos políticos representados pelos interesses muitas vezes divergentes dos diversos profissionais e as interações informais que produzem padrões de comportamento imprevisíveis (PASCUCI, MEYER, 2013; MINTZBERG, 1995; GLOUBERMAN et al, 2006).

Diante das considerações até aqui expostas a respeito do processo de implementação do modelo de gestão HUCAM/EBSERH considerando a sua dimensão estrutural, é apresentado no quadro 6 uma síntese das mudanças objetivadas, ações adotadas e resultados obtidos no período da pesquisa.

Dimensão	Mudanças Objetivadas (1)	Ações Adotadas	Resultados de 03/2013 a 03/2016
<b>Estrutural</b>	Dimensionar o quadro e recompor a força de trabalho.	- Realização de processo seletivo para contratação dos servidores.	- Manutenção do conflito entre os diferentes grupos de contrato trabalhista
	Aporte de recursos financeiros.	- Manutenção do funcionamento regular das atividades do hospital para cumprimento do contrato com o órgão gestor de saúde. - Centralização de alguns processos de compra na matriz Ebserh.	- Recursos ainda deficiente. - Melhoria das taxas de ocupação de leitos e abastecimento do hospital. - Melhoria no relacionamento com o gestor de saúde. - Maior eficiência na compra de equipamentos e insumos.
	Abrandar as deficiências da estrutura física.	- Criação do setor de Engenharia Clínica responsável pela reestruturação física.	- Realização de obras de melhorias estruturais. - Reabertura do pronto socorro. - Reforma do laboratório.
	Profissionalização dos processos gerenciais.	- Adoção de metas e indicadores para mensurar resultados.	- Racionalização das despesas de custeio. - Redução do déficit do hospital.
	Redesenho dos processos de trabalho e criação de protocolos.	- Efetivação da gestão voltada para resultados.	- Dificuldade de todos os setores alcançarem os resultados esperados. - Melhoria da qualidade de atendimento ao usuário.
	Divisão de papéis de forma horizontalizada e descentralizada.	- Redefinição das funções e das atribuições, objetivando facilitar a coordenação as atividades-fim.	- Maior eficiência dos processos e procedimentos.

Quadro 6 - Síntese das ações e resultados do HUCAM/ EBSEH.

Fonte: Pesquisa

Para finalizar, pode-se inferir que apesar das significativas melhorias estruturais e seus resultados apresentadas pelo novo modelo implementado pelo HUCAM/EBSEH, ficou evidenciado que os problemas relacionados à “escassez de pessoal”; “insuficiência de recursos financeiros” e “infraestrutura física antiga” que foram amplamente relatados pelos entrevistados, estão intimamente inter-relacionados e que as soluções perpassaram por ações simultâneas.

Nesse cenário, ficou evidente que o novo modelo de gestão procura desvencilhar-se do modelo tradicional de organização hospitalar dominante no serviço público (CECILIO, 1994). Todavia, a lógica burocrática continua a prevalecer, mas ocorrem tentativas para nele introduzir mecanismos de eficiência

organizacional. Esse é o maior desafio para edificar um novo modelo de organização enfaticamente centrado na gestão.

#### 4.2 MUDANÇA IMPLEMENTADA SOB O PONTO DE VISTA COMPORTAMENTAL

Os ajustes estruturais implementados pelo modelo de gestão HUCAM/EBSERH, promoveram alterações e mudanças nos arranjos e nas diferentes instâncias da práxis diária do hospital. O HUCAM/EBSERH, como outras organizações hospitalares, são organizações profissionais (MINTZBERG, 1995). A autonomia profissional, a pluralidade de atores, a imprevisibilidade e as interações informais é uma característica importante encontram-se presentes características como: a autonomia profissional, a imprevisibilidade onde a autonomia profissional são aspectos básicos para o desempenho organizacional, as pessoas e a comunicação são elementos-chave para implementação de ações que se deseje realizar nesse ambiente.

No quadro 7, são apresentados os fatores comportamentais observados na implementação do modelo de gestão HUCAM/EBSERH.

Dimensão	Características HUCAM	Mudanças Objetivadas (1)	Desafios
<b>Comportamental</b>	Modelo Corporativista dos servidores.	Ruptura do <i>status quo</i> , através do controle do trabalho.	Administrar os interesses dos diversos grupos internos e o poder profissional.
	Poder profissional superior ao poder administrativo (burocrático).	Alinhar os interesses grupais/individuais aos objetivos da organização.	Gerenciar as resistências internas.
	Insatisfação comprometendo o desempenho e resultados.	Capacitação e qualificação dos gestores e funcionários.	Promover políticas de desenvolvimento de pessoas nos diferentes regimes de trabalho que resultem em comprometimento com o hospital e seus objetivos.
	Comunicação ineficiente e, principalmente informal.	Aprimorar o sistema de comunicação entre áreas, indivíduos e processos.	Tornar o processo eficiente apesar da dinamicidade do contexto e da informalidade

	Ambiguidade de papeis.	Redefinir e fortalecer os papeis de chefia.	Mudar o comportamento com o objetivo de diminuir as resistências e as lideranças informais.
--	------------------------	---	---

Quadro 7 - Características comportamentais do HUCAM versus objetivos e desafios ao processo de mudança.

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as características comportamentais apresentadas no quadro 7, ficou evidenciado que a implementação do novo modelo de gestão e as medidas que profissionalizaram os gestores e os processos gerenciais, promoveram uma ruptura do *status quo* dentro do hospital. Isso se evidencia no relato de um gestor:

[...] o *status quo* anterior se modificou, tanto do ponto de vista da organização, dos organogramas ou do organograma, a hierarquização dos processos e das pessoas, como do próprio sentido do trabalho (Relato de entrevista – E4).

Nesse sentido, considerando o contexto hospitalar como sendo uma organização composta de vários grupos com múltiplos interesses (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006), as mudanças implementadas suscitaram insatisfações ao atingirem interesses do grupo de profissionais nas relações de poder instituídas dentro do HUCAM/EBSERH. Isso pode ser observado pelo relato de um dos entrevistados.

[...] têm aqueles grupos que tiveram zonas de conforto quebradas, que ou recebiam sem trabalhar, ou acostumaram com um nível de cobrança muito baixo e agora são mais cobrados, ou tinham benefícios indiretos com a instituição que foram cortados (Relato de entrevista – E2).

Observou-se também, que a profissionalização administrativa do HUCAM/EBSERH estabeleceu uma nova linha de condução das relações interpessoais, ao adotar regras e normas profissionais na rotina administrativa, em contraposição aos interesses individuais ou de grupos dentro do hospital.

[...] As pessoas se sentem incomodadas porque agora elas têm que dar satisfação pra alguém que elas não queriam aqui, vamos dizer assim, porque as lideranças, o organograma representa aquilo que elas colocaram como algo que elas não desejavam (Relato de entrevista – E4).



Portanto, as respostas às mudanças administrativas são distintas e relacionam-se com o entendimento que os diferentes grupos têm do processo de mudança implementado e o impacto que este novo modelo de gestão trouxe para as atividades cotidianas dos diversos grupos dentro do hospital. Conforme relato de um dos entrevistados.

[...] o modelo da Ebserh de gestão, é um modelo que de uma certa forma ele desestrutura aquilo que já estava posto e que vem sendo mantido ao longo de muitos anos, acredito que desde que foi fundado o hospital (Relato de entrevista – E8).

Outro ponto de destaque da pesquisa identificado no quadro 7, está relacionado a burocracia profissional e a tecnoestrutura do HUCAM/EBSERH (MINTZBERG, 1995). Segundo esse autor, nas organizações hospitalares o processo administrativo ocorre na tensão entre duas dimensões (os especialistas - médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. e a área administrativa). Observou-se que a profissionalização dos processos de gestão HUCAM/EBSERH não diminuiu a importância do poder dos especialistas em relação a área administrativa. O relato de um gestor confirma esse entendimento.

[...] a assistência sempre vai estar hierarquicamente superior à estrutura administrativa, porque eu faço parte e coordeno uma equipe de suporte, sou provedor aqui do hospital. Então é a assistência que vai me dizer os pontos fracos ou críticos que precisam ser superados (Relato de entrevista – E1).

Os aspectos revelados pelo gestor entrevistado denotam a “clássica” hegemonia dos especialistas da burocracia profissional, conforme descrito por Mintzber (1995). Afinal, no plano da atuação diária, o trabalho dos especialistas (médico, enfermeiros e demais profissionais da saúde) ocupa um lugar de destaque, pois são os responsáveis pelas atividades fim do hospital e sua função não se limita à execução de procedimentos assistenciais, mas envolve ações administrativas e de ensino sobre as quais ele tem autonomia, dado à natureza de sua função. Portanto, estes profissionais estão expostos a situações em que não são possíveis processos de consultas, autorizações e controle, já que as diretrizes e protocolos de práticas, têm origem externa a estrutura administrativa (MINTZBERG, 1995). Tal situação fica evidenciado no relato do gestor entrevistado.

[...] Reconhecendo um risco, reconhecendo uma situação na área assistencial, independente de quem provocou, a gente tomando conhecimento, a gente provê. Então é uma estrutura de apoio. Eu vejo a gerência administrativa como uma estrutura de apoio pra área assistencial funcionar. Quem vai tratar a parte finalística aqui do hospital, vai cuidar dos pacientes, vai lidar com pessoal de ensino e aprendizagem é a assistência. Esse processo não é meu (Relato de entrevista – E1).

Observou-se também, que na produção dos serviços de saúde dentro do HUCAM/EBSERH através das novas políticas de gestão, foram implemetadas ações que serviram como regras de comportamento, previamente estabelecidas pelos agentes como estratégias facilitadoras para as tarefas principais realizadas dentro do hospital. Tais mudanças são em geral divergentes dos anseios de parte dos servidores da instituição. Tal situação pode ser observada pelo relato dos entrevistados.

[...] Então a gente tem resistência ainda de algumas pessoas, principalmente assim, essas pessoas mais envolvidas com o sindicato UFES e que elas vão ficar brigando aí sem causa ou sem ver uma luz no fim do túnel, mas eles querem brigar, o negócio deles é brigar. (Relato de entrevista – E8).

[...] Ainda há os resistentes, aqueles que querem colocar a culpa de tudo na Ebserh, ou pelo menos no modo como foi a entrada da Ebserh, que as vezes o problema não está nem na empresa, mas no modo como foi feito isso. (Relato de entrevista – E13).

Fica evidenciado que a implementação do modelo de gestão HUCAM/EBSERH aconteceu de forma aberta e imediata, pois conforme Robbins, Judge e Sobral (2010), a resistência é demonstrada logo após a mudança, como forma de repudio dos servidores.

A reestruturação dos processos de trabalho e a conscientização da melhoria da qualidade dos serviços prestados para população criou uma nova orientação que alterou a lógica comum de comportamento organizacional vigente dentro do HUCAM/EBSERH. A implantação dos colegiados gestores objetivou diminuir o corporativismo e o desinteresse pelo desempenho, ao inserir dentro do contexto de gestão das unidades do organograma uma maior participação dos servidores no processo decisório, para na prática minimizar o conformismo, a relutância em

comunicar ideias, hostilidade para com a pessoa divergente e o cultivo generalizado da indiferença ou do medo da crítica. Contudo, essa ação também encontra resistências, como pode ser observado pelo relato do entrevistado.

[...] Eu fui um grande crítico que o superintendente mesmo, em algumas falas, defendeu a criação dos colegiados, que as decisões partiriam dos colegiados gestores, que são formados pelo chão da fábrica. E eu sempre falei isso: Não, isso é ilusão. Dizer que todas as decisões vão partir do chão da fábrica, isso é iludir a pessoa que está lá no chão da fábrica. Vai ter decisão que vai ter que partir de cima pra baixo mesmo. (Relato de entrevista – E13).

Observou-se a partir deste relato, que a atuação de lideranças do campo administrativo das instituições hospitalares enfrenta desafios adicionais, se comparadas a outras organizações, visto que necessita desenvolver um processo de adesão as mudanças que suplante a lógica das decisões top-down que afetam os especialistas e, ao mesmo tempo, atribua significado para ações que à primeira vista pareçam ser reduzidas ao controle. A transmissão deste entendimento às pessoas-chave da organização é um processo necessariamente lento e sujeito a obstáculos.

Outro ponto de destaque identificado nos dados da pesquisa, e consenso entre os entrevistados – atores envolvidos na administração - está relacionado à comunicação. Para a maioria dos entrevistados, a implementação do novo modelo de gestão HUCAM/EBSERH não foi uma ação consensual, e sim uma imposição feita pelo Governo Federal para solucionar os problemas de gestão dos hospitais universitários.

[...] ela foi nos apresentada pelo governo federal como a única opção dos hospitais universitários. Nós não tínhamos opção. (Relato de entrevista – E10).

Nesse sentido, observou-se que o processo de comunicação foi ineficiente despertando sentimentos de fragilidade, de perda e de ambiguidade quanto às indefinições decorrentes do processo de implementação, que pode ser comprovado pelo relato de um dos entrevistados.

[...] isso vai modificar ou não, a gente fica assim, sem saber. Vai modificar?  
[...] Então a gente vê que muitos ficam com muito medo, que vai mudar a

carga horária, de que eles vão mudar a gente pra outro setor, de que eles não querem a gente. (Relato de entrevista – E15).

Verificou-se, portanto, que a organização analisada exhibe, dadas as suas especificidades, um forte tendência para uma frequência de situações em que se intensificam os fluxos de comunicação, que vêm ocorrendo, maioritariamente, de modo informal.

[...] fica um monte de conversa de corredor, que a gente não sabe nem se aquilo é verdade, se realmente é terrorismo, porque sai uma conversa e ah, eu acho que é isso. (Relato de entrevista – E15).

Essa situação é identificada por Mintzberg (1995) como momentos de quebra dos laços hierárquicos rígidos, estes momentos de interação direta são resultados de falhas de comunicação entre elementos da cadeia hierárquica.

Para atenuar esse problema, ações de comunicação de forma clara e precisa são medidas fundamentais para minimizar resistências em situações de mudanças, tal ideia corrobora com Robbins (2002), que afirma que se todos os servidores forem informados sobre todos os fatos e as suas dúvidas forem sanadas, a resistência cessará. Contudo, os relatos apontam que, embora tenham sido realizadas ações que melhorem o processo de comunicação do HUCAM/EBSERH, isso ainda é um problema do hospital.

[...] Mas, de uma forma geral, a comunicação, quando eu falo a comunicação formal, entendeu, aquela que é institucionalizada, que todo mundo fica sabendo, isso ainda tem que melhorar. Então assim, a comunicação formal tem que melhorar. (Relato de entrevista – E9).

Por fim, embora a gestão do HUCAM/EBSERH possua características comuns a outras organizações do setor público, como: influências e pressões externas, ausência de competitividade, falta de comprometimento, apego a regras e rotinas, descompromisso com a formação profissional, dentre outras, verificou-se que existem aspectos e necessidades específicas à saúde que devem ser levadas em consideração pelos gestores na implementação de um novo modelo de gestão.

No quadro 8 uma síntese das mudanças objetivadas, ações adotadas e resultados obtidos no período da pesquisa.

Dimensão	Mudanças Objetivadas	Ações Adotadas	Resultados de 03/2013 a 03/2016
<b>Comportamental</b>	Ruptura do <i>status quo</i> , através do controle do trabalho.	- Promoção de ações de conscientização da necessidade das mudanças.	- Continuidade de interesses corporativos e individuais.  - Resistências pontuais as mudanças.
	Alinhar os interesses grupais/individuais aos objetivos da organização.	- Implantação de processos de trabalho de assistência à saúde multidisciplinar em equipe..	- Manutenção do corporativismo profissional de forma implícita. - - Resistência às chefias.
	Capacitação e qualificação dos gestores e funcionários.	- Realização de cursos de capacitação para gestores.  - Criação de núcleo para capacitação de funcionários.	- Capacitação dos gestores.  - Motivação para ocupação dos cargos de gestão.  - Conflitos de interesses nos cursos de capacitação.
	Aprimorar o sistema de comunicação entre áreas, indivíduos e processos.	- Criação de uma unidade de comunicação  - Informatização dos processos de comunicação possibilitando a simetria de informações.	- Comunicação informal ainda forte.  - Melhoria da imagem externa do hospital.  - Melhoria dos canais de comunicação interna.
	Redefinir e fortalecer os papéis de chefia.	- Formalização das chefias através da implementação de um organograma	- Diminuição das relações informais entre chefias.  - Descentralização das decisões de rotina.  - Melhoria do senso de hierarquia.

Quadro 8 - Síntese das ações e resultados do HUCAM/ EBSEH.

Fonte: Dados da Pesquisa.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido se propôs a identificar e compreender os fatores facilitadores e limitadores do processo de implementação de um novo modelo de gestão em um hospital universitário. A seguir são apresentados as respostas ao problema de pesquisa, bem como as sugestões para novos estudos relacionados à temática.

### 5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA

Nessa pesquisa foram identificados os seguintes fatores como facilitadores de ordem Estrutural na implementação do modelo de gestão HUCAMEBSERH: **a recomposição do quadro funcional, a profissionalização da gestão e a reestruturação administrativa.**

Em relação à **recomposição do quadro funcional**, a implementação do novo modelo de gestão proporcionou ao HUCAM/EBSERH a reestruturação da força de trabalho, com a contratação através de concurso público de novos servidores para o hospital, em substituição aos trabalhadores terceirizados que possuíam contratos irregulares pelos órgãos de controle e consumiam grande parte da verba de custeio do hospital. Com a recomposição da força de trabalho tornou-se possível a reativação de leitos e serviços que se encontravam desativados em decorrência da falta de recursos humanos.

Outro fator facilitador identificado na pesquisa foi à **profissionalização da gestão**. Observou-se que o HUCAM ao longo de sua história, foi dirigido por uma gestão hospitalar carente de qualificação, um problema característico da maioria dos hospitais públicos brasileiros. A profissionalização da gestão é um dos pilares para a modernização da gestão do HUCAM/EBSERH, por isso torna-se fundamental a qualificação dos gestores e servidores na gestão voltada para resultados, no planejamento, na busca constante pela eficiência.

Por fim, os problemas associados à ineficiência da máquina administrativa e a dificuldade em atender adequadamente os cidadãos, tornam a **reestruturação**

**administrativa**, outro fator facilitador para implementação do novo modelo de gestão no HUCAM/EBSERH. Percebeu-se que o novo modelo de gestão foi idealizado segundo os preceitos da NGP, ou seja, vêm se instalando no HUCAM/EBSERH um gradual movimento à uma administração baseada na eficiência. Essa reestruturação tomou como base, a adoção de novos processos, com novas perspectivas de controle e avaliação, assim como mudanças no organograma, buscando melhorar a qualidade no atendimento dos clientes/usuários do hospital.

Os principais fatores limitadores de ordem Estrutural para implementação do modelo de gestão HUCAM/EBSERH identificados na pesquisa foram: **recursos financeiros, deficiências de estrutura física, vínculos empregatícios diferentes**.

O fator limitador **recursos financeiros**, apresenta-se como um problema anterior a implementação do novo modelo de gestão do HUCAM/EBSERH. Uma característica do HUCAM/EBSERH como um hospital público, consiste em não precisar preocupar-se com a atração de pacientes (a demanda é natural e, na maioria das vezes, em grande volume), nem é pressionado por uma concorrência (não há ameaça de sobrevivência institucional por outros hospitais). Assim, a sua limitação se resume à relação entre os recursos disponíveis e os recursos necessários (assegurados pelo poder público) para o atendimento. Esse fator, associado às **deficiências de estrutura física**, demonstram a dificuldade por parte do HUCAM/EBSERH em atender os contratos de prestação de serviços com gestor de saúde estadual, além de comprometer a execução de planos consistentes de melhoria progressiva.

Outro limitador à implemetação identificado na pesquisa foi à existência de dois **diferentes vínculos empregatícios** (RJU e CLT) no HUCAM/EBSERH. Tal situação apresentou-se com a contratação dos novos servidores para suas atividades-fim pelo regime empregatício da CLT, diferente dos servidores efetivos do HUCAM, regidos pelo RJU. Essa situação é percebida pelos gestores da organização e trazem consigo desafios para a gestão. As principais características que desse limitador foram, as diferenças de remuneração, direitos trabalhistas e forma de acesso ao quadro do hospital.

No tocante aos fatores facilitadores de ordem Comportamental, **a capacitação e qualificação dos gestores e a ruptura do *status quo*** foram elementos que contribuíram para implementação do novo modelo de gestão.

Percebeu-se que **a capacitação e qualificação dos gestores** foi um facilitador diretamente ligado ao processo de implementação, na medida em que gestores desempenham um papel proeminente na mudança estratégica, como agentes de mudança e como atores importantes na sua implementação. A capacitação dos gestores ocorreu em uma perspectiva de promover e possibilitar um alinhamento entre os gestores e as novas estratégias da organização. As ações de capacitação foram estruturadas de modo a contribuir para o desenvolvimento e a atualização profissional do servidor, estando em consonância com as demandas institucionais do HUCAM/EBSERH.

O fator **ruptura do *status quo*** significou a alteração das condições existentes dentro do HUCAM/EBSERH com a implementação do novo modelo de gestão. O novo cenário que se apresenta na organização promoveu uma descontinuidade nas relações de poder e nas zonas de conforto existentes. A nova estrutura organizacional com suas regras e regulamentos e a melhoria do controle dos processos de trabalho, vêm alterando as atividades cotidianas marcadas

Em relação aos fatores limitadores de ordem Comportamental identificados na pesquisa, os principais foram: **corporativismo dos servidores, as coalizões organizacionais, à autonomia profissional e ao sistema de comunicação incipiente.**

O fator limitador para implementação do novo modelo de gestão **coalizões organizacionais**, foi caracterizado como a influência de grupos intraorganizacionais na definição de ações organizacionais (e também relacionadas ao processo de mudança), que ocorre por meio de pressões e jogos políticos baseados nos interesses específicos de cada grupo. Atuando como limitador, a presença de coalizões organizacionais tende a deixar o processo de mudança mais lento, ao estimular resistências dentro da organização. É importante ressaltar, que as coalizões podem atuar tanto para apoiar o processo de implementação quanto resistir a ele, no caso HUCAM/EBSERH a existência de um sindicato forte e a



**autonomia profissional** são motivos de tensão intrínseca dentro e entre grupos favorecendo a resistência a mudanças como as decorrentes da implementação de um novo modelo de gestão. Ainda em referência a **autonomia profissional**, o HUCAM/EBSERH, como todas as organizações hospitalares, possui uma dependência do trabalho dos especialistas que produzem serviços de saúde tornando-os mais influentes nos processos decisórios.

A **comunicação** foi outro fator identificado como um limitador à implementação do modelo de gestão HUCAM/EBSERH. Esse fator demonstra que a falta de conhecimento por parte dos servidores e atores envolvidos, quanto a clareza sobre os motivos da mudança, as causas para mudar e o que é necessário para efetuar a mudança, dificultam o processo de implementação do novo modelo de gestão. Tal limitação no processo de comunicação sobre a mudança e o entendimento das necessidades de efetivação desse processo e até nas dificuldades para discutir a mudança entre os membros da organização.

O **corporativismo dos servidores** e sua dificuldade de adaptação ao novo, também foi percebido como um fator limitador. Este fator foi percebido como um conflito entre estado anterior e atual, resultante da dificuldade de adaptação dos servidores à nova situação. Tais conflitos puderam ser verificados pela limitada influência na organização dos servidores envolvidos com o novo estado. No caso da organização pesquisada, essa dificuldade de adaptação foi demonstrada por fortes conflitos de interesses entre estrutura organizacional vigente e uma nova estrutura inserida.

## 5.2 SUGESTÃO DE NOVOS ESTUDOS

Considerando que grande parte das pesquisas sobre os processos de implementação enfoca as organizações privadas, a análise da implementação de um novo modelo de gestão em hospitais universitários revela peculiaridades que não são comumente abordadas na literatura da área. Assim, recomenda-se que sejam realizados mais estudos sobre a mudança organizacional em hospitais universitários, inclusive estudos comparativos entre hospitais universitários que estão passando pelo mesmo processo junto a EBSERH e outros que já estejam avançados nesse processo.

Além disso, sugerimos que sejam realizados estudos mais aprofundados e em períodos posteriores tanto nessa Instituição como em outros hospitais universitários que aderiram a EBSEH, sobre os resultados do impacto da profissionalização da gestão para o funcionamento da governança pública.

E por fim, outra recomendação para estudos futuros é a investigação da implementação em três níveis de análise (estrutural, comportamental e cultural) para compreender como cada fator facilitador ou limitador atua no processo de mudança.

## REFERÊNCIAS

AGARWAL, R., HELFAT, C. E. Strategic renewal of organizations. **Organization Science**, 20(2), 281-293. 2009.

AGOSTINHO, M. E. Administração complexa: revendo as bases científicas da administração. **ERA - eletrônica**, v. 2, n.1, jan./fev., 2003.

AMABILE, A. E. N. Políticas Públicas. In: CASTRO, C. L. F. de; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE, A. E. N. **Dicionário de Políticas Públicas**. Minas Gerais: Eduemg, 2012. P. 390-391.

ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. Responsabilização da administração pública: limites e possibilidades do gestor público. In: Construindo uma Nova Gestão Pública – Coletânea de textos do I Ciclo de Palestra organizado pela Escola de Governo do RN – Natal, RN: SEARH/ RN, 2010.

ARAÚJO, P. G de; PEREIRA, J. R. Análise da aplicabilidade do modelo gerencial na administração municipal. **Revista de Administração Pública**, v. 46 n.5, p.1179-1199, 2012.

ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais. v. 18, n. 51, p.7-9, 2003.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Políticas públicas, políticas sociais e política de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Tempo Social - Revista Sociologia da USP**, São Paulo, 1(2): 105-119, 1996

BEGUN, J., ZIMMERMAN, B. & KOOLEY, D. (2003). **Health care organizations as complex adaptive systems**, in Mick, S.M. and Wyttenbach, M. (Eds.) *Advances in Health Care Organization Theory*. San Francisco: Jossey-Bass.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BITTAR O. Estrutura organizacional em hospitais. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.40 n.2, 81-84, 1994.

BOLMAN, L., & DEAL, T. E. **Reframing organizations**. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 1, p. 7-40, 1996.

BEUGELSDIJK, Sjoerd; SLANGEN, Arjen; HERPEN, Marco Van. Shapes of organizational change: the case of Heineken Inc. **Journal of Organizational Change Management**, v. 15, n. 3, p. 311-326, 2002.

CARBONE, P.P. Cultura organizacional no setor público brasileiro: desenvolvendo uma metodologia de gerenciamento da cultura. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 133-144, mar./abr. 2000.

CARVALHO, M. L. DE; BARBOSA, T. R. G. C. Modelos Orientadores da Implementação de Política Pública: uma lacuna da literatura. In: **XXXV Encontro da ANPAD**, Rio de Janeiro, 2011.

CECILIO, L. C. O. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Pará. In: CECILIO, L.C.O (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994

\_\_\_\_\_ A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP**, v. 31, n.3, p. 36-47, 1997.

CERTO, S. C. **Administração moderna**. São Paulo: Pearson Brasil, 2003.

CHANDLER, Alfred D. Jr. **Strategy and Structure**: Chapters in the History of the American Industry Enterprise. Cambridge –Massachusetts: M.I.T Press, 1962.

CHERCHIQLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. **RAP**, v. 33, n. 5, p. 65-84, 1999.

COHEN, A. R.; FINK, S. **Comportamento Organizacional**: conceitos e estudo de casos. 8ª reimpressão, Rio de Janeiro: Campus, 2003.

DAFT, R. L. **Organizações**: teoria e projetos. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2012.

DENHARDT, R. B.; DENHARDT, J. V. (2009). **Public Administration, an Action orientation** 6º edition: Cengage Learning

DENHARDT, R. B. **Teorias da Administração Pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**. n.26, v.2., 1992.

EBSERH - EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Pesquisa institucional da organização, 2015. Disponível em <http://www.ebserh.com.br> Acesso em 19 de março de 2015.

EISENHARDT, K. M. & PIEZUNKA, H. (2011). **Complexity theory and corporate strategy**. In P. Allen, S. Maguire & B. McKelvey (Orgs.), *The SAGE handbook of complexity and management* (pp. 506-523). London: Sage Publications Ltd.

ERIKSSON, P.; KOVALAINEN, A. **Qualitative methods in business research**. London: SAGE Publications Ltd., 2008.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008

ETZIONI, A. **Organizações modernas**. 7. Ed. São Paulo: Pioneira, 1984.

FERLIE, E.; ASBURNER, L.; FITZGERALD, L.; PETTIGREW, A. **A Nova administração pública em ação**. Brasília: Editora Universidade de Brasília:ENAP,1999.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de Redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde.. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204 p.

GAGNON, F.; TURGEON, J. DALLAIRE, C. Healthy public policy. A conceptual cognitive framework. **Health Policy**, v. 81, p.42–55, 2007.

GELINSKI, Carmen R. Ortiz G; SEIBEL, Erni José. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, v. 42, n. 1 e 2, p. 227- 240, abr./out. 2008.

GLOUBERMAN, S. & ZIMMERMAN, B. (2002) **Complicated and Complex Systems**: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? Commission on the Future of Health Care in Canada, Discussion Paper 8. Disponível em [http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/8\\_Glouberman\\_E.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/8_Glouberman_E.pdf). Acessado em 15 de dezembro de 2013.

GLOUBERMAN, S.; GEMAR, M.; CAMPISE, P. MILLER, G.; ARMSTRONG, J.; NEWMAN, C; SIOTIS, A; GROFF, P. A Framework for Improving Health in Cities: a discussion paper. **Journal of Urban Health** v. 83 p. 325– 338, 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. 12 reimpressão.São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A. C. **Gestão de pessoas**: enfoque nos papéis profissionais. São Paulo: Atlas, 2001.

GORESKE, A. Mudança organizacional: capacidade de adaptação. **Revista do Granbery**, v. 2, p. 1-272, 2007.

GREENWOOD, R.; HININGS, R. C. Understanding radical organizational change: bringing together the old and the new institutionalism. **The Academy of Management Review**, v. 21, n. 4, p. 1022-1054, 1996.

GREENWOOD, R.; HININGS, C. R. Organizational design types, tracks and the dynamics of strategic change. *Organization Studies*, v.9, n.3, p.293-316, 1988.

HEIDEMANN, F.G. Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F.G.; SALM, J.F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília, DF: UnB, 2009. p. 23-39

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistema – uma abordagem integradora**. Rio de Janeiro. Elsevier. 2013

HREBINIAK, Lawrence G. **Fazendo a estratégia funcionar: o caminho para uma execução bem sucedida**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

HUTT, M. D., WALKER, B. A., FRANKWICK, L. G. Hurdle the cross-functional barriers to strategic change. **Sloan Management Review**, v.36, n.3, p.22-30, 1995.

IBAÑEZ, Neto de et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12 (Supl.), p. 1831-1840, nov. 2007.

JARZABKOWSKI, P., & Fenton, E. (2006). Strategizing and organizing in pluralistic contexts. **Long Range Planning**, 39(6), 631-648 p. 2006.

KOTTER, John P. **Liderando mudança**. 2 ed. Rio de Janeiro : Campus, 1997.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política** v. 21, n. 48: p. 101-110, 2013

LIMA, S. M. L. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 38-64, out/dez. 1994.

LOTTA, Gabriella Spanghero. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família**. 2010. 295 p. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciência Política). Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

MADUREIRA, C.; RODRIGUES, M. A Administração Pública do século XXI: Aprendizagem organizacional, mudança comportamental e reforma administrativa. **COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL E GESTÃO**, 2006, VOL. 12, N.º 2, 153-171

MARKONI, M. D. A. & LAKATOS. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas. 2002.

MCDANIEL, R. R. (2007). Management strategies for complex adaptive systems: sensemaking, learning, and improvisation. **Performance Improvement Quarterly**, 20(2), 21-41. doi: 10.1111/j.1937-8327.2007.tb00438.x

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no Banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, D. C. **Revista Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.

MERHY, E. E. & CECILIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. Campinas, (no prelo da revista Saúde em Debate), 2002.

MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education**. São Francisco (CA): Jossey-Bass, 1998.

MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995.

\_\_\_\_\_ **O processo da estratégia**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MINTZBERG, H.; WESTLEY, F. Cycles of Organizational Change. **Strategic Management Journal**, vol.13, p.39-59, 1992.

MOTTA, F. C.; VASCONCELOS, I. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2006.



NADLER, D. A; TUSHMAN, M. L. A organização do futuro. **HSM Management**, Jan/Fev 2000, ano 4, 18ª edição.

NAJAN, A.il. **Learning from the literature on Policy Implementation**: a synthetic perspective. (Working Paper). A-2361 Luxenburg, Austria: IIASA, 1995.

NASCIMENTO, E. C. L. Fatores culturais e estruturais que impactam na implantação da política de segurança da informação: um estudo de caso sobre o ministério do Desenvolvimento Agrário. **Universitas Gestão e TI**, v. 2, n. 1, p. 59-79, 2012.

NEVES, J. A.; MOTTA, K. M. Características específicas da implementação de estratégias de melhoria da gestão na área da saúde. **RAS**, v. 4, n. 16, 2002

OSBORNE, D. & GAEBLER, T. **Reinventando o governo**: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. 7. ed. Brasília: MH Comunicação, 1995.

O'TOOLE, L. J. (2000). Treating networks seriously: Practical and research based agendas in public administration. **Public Policies Review** v. 57(1), p. 43-57.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, Bahia L, MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com**. maio 2011. p. 11 -31.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v.40, (N Esp) p. 73-78, 2006

PAULA, A. P. P. de. **Por uma nova gestão pública**. São Paulo: Editora FGV, 2008.

PASCUCCI, L.; MEYER JR. V. **Estratégia em Contextos Complexos e Pluralísticos**. RAC, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 536-555, 2013.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986

PETTIGREW, A. "Context and action in transformation of the firm." **Journal of Management Studies**, v. 24, n. 6, p. 649-670, Nov. 1987.

PIRES, J. C. S.; MACEDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, n.1, p.81-105, jan./fev. 2006.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão, Minas Gerais, 2001. Disponível em: [www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf), Acesso em: 21 de janeiro de 2016.

PORRAS, J. I., ROBERTSON, P. J. Organizational development: theory, practice, research. In M. D. Dunnette, & L. M. Hough (Eds.). **Handbook of organizational psychology** (2nd ed., Vol. 3), 719-822. Palo Alto, C.A: Consultant Psychology Press. 1992.

PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

QUADROS, D. & TREVISAN, R. M. (2002) Comportamento organizacional. Capital Humano, 5. Coleção Gestão Empresarial. São Paulo: FAE Centro Universitário. Disponível em [http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/cap\\_humano/1.pdf](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/cap_humano/1.pdf), Acesso em 23 de abril de 2015.

QUEIROZ, R. G. M.; CKAGNAZAROFF, I. B. Inovação no setor público: uma análise de choque de gestão (2003-10) sob a ótica dos servidores e dos preceitos teóricos relacionados à inovação no setor público. **Revista de Administração Pública**, 44 (3), 2010.

RANSON, S., HININGS, B., GREENWOOD, R. The structuring of organizational structures. **Administrative Science Quarterly**, 25(1), 1-17. 1980

RONCALLI, A. G. O. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional**. 14. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2012.

ROBBINS, S. P. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 8. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2009.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009. 130 p.

REZENDE, F. C. Desafios gerenciais para a reconfiguração da administração burocrática brasileira. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 344-365, 2009.

RICHARDSON, K. A. Managing Complex Organizations: Complexity Thinking and the Science and Art of Management **E:CO** v. 10, n. 2, p. 13-26, 2008.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de casos. São Paulo: Atlas, 1999.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. revisada e ampliada. São Paulo: Atlas, 1999.

SARAIVA, E. Política Pública: dos clássicos às modernas abordagens. Orientação para a leitura. In: SARAIVA, E; FERRAREZI, E. (Org). **Políticas Públicas**. Coletânea, v. 1. Brasília: Enap, 2007. p. 13-19.

SARRETA, F. O. de. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: UNESP, Cultura Acadêmica, 2009.

SCOTT, W. R., RUEF, M., Mendel, P. J., CARONNA, C. A. **Institutional change and healthcare organizations**. Chicago: The University of Chicago Press. 2000.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SANO, H.; ABRUCIO, F.L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.

SHORTELL S.M. & KALUZNY, A. **Health Care Management**: Organization Design and Behavior, 5 th Edition, Delmar, 2006.

SILVA, E. G. **Desempenho Institucional**: a política de qualificação dos docentes da UESB, 2009. 134 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Humanas, Salvador, 2009.

SILVA, P. L. B. & MELO, M. A. B. **O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil**: Características e Determinantes da Avaliação de Programas e Projetos. Campinas: UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 2000.

SJOERD, B; SLANGEN, A; HERPEN, Van, M. Shapes of organizational change: the case of Heineken Inc. **Journal of Organizational Change Management**. Vol 15 issue: 3, p 311-326, 2002.

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B.; PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Saúde**, n.114, p. 365-380, 2013.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUSA, Maria et al., **Gestão de Recursos Humanos**, 2006, LIDEL – Edições Técnicas, Ltda.

STONER, J. A. F., FREEMAN, R. E. **Administração**. 5º ed. Rio de Janeiro: PHB, 1995.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.37-46, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.

VAN de VEN, A. H.; SUN, K. Breakdowns in implementing models of organization change. **Academy of Management Perspectives**, v. 25, n. 3, p. 58-74, 2011.

VANGHETTI, H. H. **As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem**. 2008. 243. Tese

(doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E; SIMION, F. J. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15 (Supl. 1) p.1301-1314, 2010.

VERGARA, S. C. **Método de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VOLBERDA, H. W., VAN DEN BOSCH, F. A. J., HEIJ, C. V. Management innovation: Management as fertile ground for innovation. **European Management Review**, v. 10, p. 1–15. 2013.

WAGNER III, John A.; HOLLENBECK, John R. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Saraiva, 2012.

WEICK, K. E.; QUINN, R. Organizational change and development. **Annual Review of Psychology**, p. 361-387, 1999.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2000

ZAGO, C. CULTURA ORGANIZACIONAL: dimensões estruturais e aspectos dinâmicos. **Informação & Sociedade**. v. 15, n. 2, p. 63-93, jul./dez. 2005

## APÊNDICE A

### Ofício solicitação de autorização para realização de pesquisa

Vitória, 08 de dezembro de 2015.

Prezado Senhor,

Solicitamos autorização de V.S.<sup>a</sup> para que o mestrando da Universidade Federal do Espírito Santo, Ricardo Novaes Marinho, realize sua pesquisa de mestrado nesta instituição. Esta pesquisa tem como objetivo identificar o processo decisório no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.

Para tanto, faz-se necessário à realização de entrevistas junto aos colaboradores de diferentes níveis hierárquicos envolvidos neste processo de mudança. Ressalta-se a fidedignidade e sigilo no uso das informações coletadas, bem como a utilização dos dados apenas para fins estritamente acadêmicos, não sendo utilizados para quaisquer outros objetivos não relacionados com este estudo. Destaca-se ainda, que os nomes dos respondentes não serão, de qualquer modo, divulgados.

Colocamo-nos a disposição para apresentar, pessoalmente, maiores informações a respeito do estudo e desde já antecipamos nossos agradecimentos por sua compreensão, esperando contar vossa colaboração.

Atenciosamente,

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lucilaine Pascucci**

Programa de Pós Graduação em Administração (Mestrado e Doutorado)  
Universidade Federal do Espírito Santo

**Ricardo Novaes Marinho**

Programa de Pós Graduação em Administração (Mestrado e Doutorado)  
Universidade Federal do Espírito Santo

## APÊNDICE B

### Questionário para entrevistas de levantamento de informações junto ao HUCAM

#### Antes do início da entrevista:

1. Informar que a pesquisa é conduzida para elaboração de uma dissertação de mestrado, por este motivo, é muito importante a sinceridade do entrevistado quanto aos aspectos questionados e a riqueza de detalhes das informações apresentadas.
2. Informar ao entrevistado que a entrevista tem como objetivo identificar o processo decisório no HUCAM.
3. Informar quanto à confidencialidade das informações coletadas e não uso do nome do entrevistado.
4. Informar que a pesquisa refere-se ao período de abril de 2013 a março de 2015, mas que informações relevantes de anos anteriores, relacionadas ao tema, são importantes e bem vindas.
5. Solicitar permissão para gravação e informar que os dados serão transcritos e as informações tratadas reservadamente.

#### I. PERFIL DO ENTREVISTADO

- 1.1 Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino
- 1.2 Idade: \_\_\_\_\_ anos
- 1.3 Escolaridade: ( ) Ensino Médio ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
- 1.4 Curso e área de especialização: \_\_\_\_\_
- 1.5 Cargo ou função: \_\_\_\_\_
- 1.6 Tempo de vínculo com a organização: \_\_\_\_\_

#### II. QUESTÕES

- 2.1. Na sua percepção, quais as principais características da chegada da EBSERH no HUCAM?

OBS: *em termos de gestão: hierarquia, relações, eficiência, resultados, recursos.*  
*em termos comportamentais: liderança, comunicação formal e informal,*  
*relações interpessoais, metas, áreas e agentes envolvidos, relações de poder,*  
*interesses, grupos, ações adotadas.*

- 2.2. No seu entendimento, quais as principais mudanças que ocorreram no HUCAM após a chegada da EBSERH?

OBS: *em termos de gestão: hierarquia, relações, eficiência, resultados, recursos.*  
*em termos comportamentais: liderança, comunicação formal e informal,*  
*relações interpessoais, metas, áreas e agentes envolvidos, relações de poder,*  
*interesses, grupos, ações adotadas.*

- 2.3. Na sua percepção, quais as principais contribuições que as mudanças promovidas pela EBSERH trouxeram para HUCAM? Por quê?

2.4. Em sua opinião, quais as principais dificuldades enfrentadas para a implantação das mudanças propostas pela EBSEH no HUCAM? Por quê?

2.5. No seu entendimento, quais as principais resistências encontradas neste processo de mudança? Quais as ações foram adotadas para minimizá-las?

OBS: *em termos de gestão: hierarquia, relações, eficiência, resultados, recursos.*  
*em termos comportamentais: liderança, comunicação formal e informal,*  
*relações interpessoais, metas, áreas e agentes envolvidos, relações de poder,*  
*interesses, grupos, ações adotadas.*